

GENERALIDADES DEL DOLOR CRÓNICO DESDE UNA PERSPECTIVA

PSICOLÓGICA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

ANGELINA FACCINI G.

DIPLOMADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

CHÍA

JUNIO DE 2006.

Resumen

Se torna relevante la comprensión científica del dolor a medida que éste va evolucionando rápidamente al pasar de los años, hoy en día, la ciencia ha permitido revelar la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor en el paciente, pues se conoce que el dolor genera importantes reacciones emocionales que pueden aumentar el sufrimiento que lleva asociado, pero si además de esto, el dolor se vuelve crónico puede asumir un impacto demoledor en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre, socialmente, laboralmente, y en las relaciones de familia y de pareja. Dentro de las técnicas más útiles para el tratamiento del dolor crónico se encuentra el biofeedback ya que permite un insight en el paciente acerca de la relación entre los factores físicos y psicológicos que abarcan su dolor, sin embargo el éxito del tratamiento radica en la posibilidad de trabajar multi e inter.- disciplinariamente.

Palabras Claves: dolor (SC 36150), dolor crónico (1985), percepción del dolor (1973), manejo del dolor (1994), medición del dolor (1997).

Abstract

It turns outstanding the scientific understanding of the pain as this goes evolving quickly when spending of the years, nowadays, the science has allowed to reveal the importance that have the consequences of the experience of the pain in the patient, because it is known that the pain generates important emotional reactions that the suffering in association can increase, but if besides this, the pain becomes chronic it can assume a devastating impact socially in the person's vital aspects that it suffers it, work, and in the family relationships and of couple. Inside the most useful techniques for the treatment of the chronic pain is the biofeedback since it allows an insight in the patient about the relationship among the physical and psychological factors that embrace their pain; however the success of the treatment resides in the possibility of working multi and inter. - disciplinary.

Key Words: pain (SC 36150), chronic pain (1985), pain perception (1973), pain management (1994), pain measurement (1997).

GENERALIDADES DEL DOLOR CRÓNICO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

El interés de la psicología por el tema del dolor, parte de la amplia gama de significados que se le pueden dar a las experiencias dolorosas en términos de lo que se siente, de lo que se piensa y de las acciones que surgen ante lo que puede entenderse como el mismo hecho, ya sea de una determinada alteración orgánica o cualquier otra circunstancia que se vive de forma diferente entre individuos, e incluso puede pasar en el mismo sujeto, solo que en diferentes momentos, como lo plantean Gutiérrez & Luciano (2006).

El dolor es un tema conocido y discutido a lo largo de la historia del ser humano, su concepción ha ido cambiando paulatinamente con el paso del tiempo. En un comienzo, el dolor se atribuía a una causa exógena como a heridas o traumatismos y/o a connotaciones más bien mágicas tales como que el dolor era producto de espíritus malignos o de algún castigo divino que debía sufrir la persona por los pecados cometidos; más adelante, se establece la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor y de esta forma se instauró la base para estudiarlo desde su neurofisiología; De las Mulas, Fernández, & Márquez (1999) plantean que a partir de la neurofisiología, se formularon dos teorías sobre el dolor, una fue la teoría de Von Frey que es la teoría sensitiva o específica y otra fue la teoría de Goldscheir, la teoría de la intensidad, se puede decir en pocas palabras, que ambas están basadas en el modelo biomédico lineal simple el cual consiste en que todas las alteraciones físicas

que tienen como consecuencias el dolor, se producían como resultado de una afectación netamente orgánica del cuerpo.

Dado lo anterior, surge la inquietud de qué tan lineal o estricta es la experiencia de dolor y se hizo necesario entonces formular modelos que fueran un poco más completos, que dieran una respuesta más amplia al tema del dolor, de ahí se crea el modelo multidimensional, el cual según Infante (2002) “concibe al dolor como un fenómeno complejo multidimensional mediatizado por la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales” (p. 4), dentro de dicho modelo se enmarca la teoría de la puerta de entrada propuesta por Melzack & Wall (1965) la cual postula la existencia de un mecanismo que modula el dolor, localizado en el asta dorsal de la médula que actúa como puerta, en el sentido que deja pasar o impide el paso de los impulsos nerviosos que provienen de los nociceptores periféricos hacia los centros superiores; Cortés, Prada & Ramírez (1991) refieren que con dicha teoría, se establece el carácter perceptual del dolor y se comienza a cuestionar la propuesta establecida por el modelo médico el cual suponía que el dolor se encontraba directamente relacionado con la cantidad de daño tisular y por lo tanto el tratamiento viable era el exclusivamente médico, ahora ya entra en discusión la percepción del dolor y no solo la sintomatología física como tal.

En este orden de ideas, aparece una nueva visión en el tratamiento del dolor, quizá la más acertada hasta hoy, propuesta por Bonica (1991), quien crea la primera clínica del dolor proponiendo una intervención multidisciplinaria, entendiendo el dolor como una experiencia compleja. Este autor, sienta las bases tanto de la distinción entre dolor crónico y agudo como de la necesidad de equipos

multidisciplinarios, luego crea la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) y la revista *pain*, abriendo de esta manera las puertas a un estudio mas profundo y específico de las implicaciones del dolor, se abren las puertas para la investigación del tema por parte de la psicología y la psiquiatría.

De hecho han propuesto una clasificación del dolor desde diferentes taxonomías generales, según refieren Lievesley & Tyrer (2003), una de ellas es la definición de dolor propuesta por la (Asociación internacional para el estudio del dolor [IASP], 1979) que es la siguiente “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión” en esta definición se considera la subjetividad implícita en el dolor, dice Penzo (1989) que presenta al dolor, como una experiencia compleja que le da gran importancia al reporte verbal de la persona en la definición o descripción de sus síntomas, y considera la asociación entre la experiencia sensorial y los estados afectivos de la misma. La IASP establece cinco ejes para categorizar el dolor crónico de acuerdo a la localización anatómica, los órganos afectados, las características temporales del dolor y patrón de aparición, la valoración de la intensidad por parte del paciente y el tiempo transcurrido desde el inicio del dolor y por último su etiología, este sistema se basa en las manifestaciones físicas del dolor, pero permite considerar los factores psicológicos que le acompañan. Por su parte la (American Psychiatric Association [APA], acuña en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV], 2002), el término de trastorno por dolor dentro de los trastornos somatomorfos, para referirse al dolor crónico de etiología no orgánica, considerando como característica principal la

presencia de dolor de gravedad suficiente como para requerir asistencia médica, además debe provocar malestar significativo y deterioro en las áreas social, laboral y personal del sujeto, de igual forma los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, en la gravedad, la exacerbación y persistencia del dolor, éste no es simulado o provocado intencionalmente, así pues, las alteraciones producidas por el dolor hacen que la persona acuda continuamente a la asistencia médica, al consumo continuo de fármacos, conflictos de pareja y de la vida familiar en general, no obstante los criterios de exclusión son claros en cuanto a que si el dolor se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico, del estado del ánimo, de ansiedad o por dispareunia, no debe ser tenido en cuenta en esta categoría de trastorno por dolor.

Sin embargo, el dolor es mucho más que una interacción entre estímulo y respuesta en la que, como lo dicen Romano & Turner (2001), se implica al sistema nervioso; el dolor según estos autores, es una compleja interacción en la que intervienen o hacen parte de ella, la estructura de la personalidad, las sensaciones, los pensamientos, los sentimientos, las creencias y por supuesto, las emociones, a su vez refieren que, el dolor se puede aliviar en ocasiones con tratamiento farmacológico o con placebo, pero es probable que el síntoma reaparezca cuando se deje de administrar el tratamiento o que se manifieste en otro síntoma, con todo, sea cual sea el origen del sufrimiento de los pacientes, es importante tener en cuenta su estado mental, su sistema de creencias y estado(s) de conciencia a la hora de determinar el mejor protocolo de tratamiento para cada uno de ellos.

De acuerdo con González (1999) el dolor tiene sus formas de expresión particulares, las cuales, pueden tomar dos vías, por un lado, puede ser algo útil,

necesario o protector de algún daño a la materia del individuo, en otras palabras, lo alerta de algún peligro, lo cual sería el dolor inmediato; y por otro lado, puede ser inútil o innecesario, que es ese dolor que no desaparece una vez se termina la causa de su origen, como tampoco permite hacer nada para evitarlo, lo cual haría referencia al dolor crónico.

Así pues, el dolor crónico se define según Infante (2002), como “una experiencia psicofisiológica que permanece a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño tisular. Se diagnostica dolor crónico cuando el dolor persiste más de 6 meses ó más del tiempo esperado para su recuperación” (p. 5), agrega además, que la respuesta a los tratamientos analgésicos de los pacientes con dolor crónico, es baja y solo se da una respuesta positiva a los tratamientos mediante morfina u otros opiáceos.

Por su parte Cano & Rodríguez (2001) consideran que el dolor en general y en especial el crónico, tiene un componente cognitivo importante para su mantenimiento y para actuar de forma invalidante en la persona, los pensamientos catastróficos, y centrar la atención excesivamente en las sensaciones dolorosas, hacen que se interprete el dolor desde una perspectiva de carácter neutro, en la cual, la disminución en la capacidad percibida del paciente para realizar actividades gratificantes, le llevan a un estado depresivo y desmotivado, generando en éste sentimientos de tristeza, ira, ansiedad y minusvalía, entre otros. En total acuerdo con lo anterior están Bushnell & Villemure (2002) quienes dicen que el estado emocional puede tener un efecto directo en la atención al dolor, pues han encontrado estudios que revelan que enfocar la atención en el dolor aumenta la percepción de este, pero otros estudios indican que en

ciertas personas cuando se enfocan en el dolor logran reducir la percepción de su intensidad.

Las personas con dolor crónico experimentan trastornos emocionales como depresión y ansiedad, refieren De Vet et. al (2006), y en ocasiones se identifica en ellos fuertes sentimientos de cólera y hostilidad, los trastornos de sueño también son frecuentes en estos pacientes; Comeche & Hesse (2001), mencionan que muchos pacientes con dolor crónico duermen menos, tardan más en conciliar el sueño y despiertan constantemente por la noche, estos trastornos del sueño suelen relacionarse con trastornos de depresión, cólera, hostilidad, fatiga y ansiedad, sin embargo aclaran que la relación entre depresión y trastornos del sueño aún no está clara y por lo tanto puede ser independiente una de otra.

Así mismo, Chóliz (1994) supone que la dificultad para expresar emociones intensas se considera como una de las variables relevantes en el dolor crónico a la hora de relacionarlo con trastornos depresivos o ansiosos, pues tal dificultad para la adecuada expresión de las emociones, también sería una característica de dichos trastornos; pero, el estar sometido a periodos prolongados de estrés, así como el sufrir de trastornos por ansiedad, aumentan la intensidad de la experiencia de dolor, de tal forma que los trastornos crónicos por excesiva ansiedad o estrés predispone al sujeto a episodios de dolor con más frecuencia que en el caso de que no se sufran de ellos, o por lo contrario, se empeoran los síntomas de dolor ya existente, motivo por el cual, el autor concluye que el dolor crónico puede ser una fuente de alteración emocional dependiendo del grado de interferencia que produzca en la ejecución conductual, así si la experiencia de dolor resulta incapacitante producirá mayor frustración e

interferencia y por ende, alteraciones emocionales más graves lo que resultará a su vez, en un aumento en la intensidad del dolor percibido.

Existe una amplia gama de clasificaciones del dolor, la gran parte de ellas se basan en aspectos del dolor tales como cualidad, origen, localización, intensidad, duración y etiología; en este orden de ideas, Rubin (2005), en cuanto a la localización, dice que se distinguen tres tipos de dolor: el dolor de origen periférico, el cual se inicia por un trastorno orgánico en las fibras nerviosas periféricas, las cuales transmiten impulsos nocivos originando así la sensación de dolor, y éste a su vez se divide en superficial ó cutáneo, y lo definen como aquel que se origina en la piel y en las mucosas, cuya función es proteger al organismo de las amenazas externas, su cualidad es de carácter aguda, y su localización es exacta; y el dolor periférico profundo, por su parte, también tiene una función protectora, indicando aislamiento e inactividad, ocasiona ciertas respuestas fisiológicas tales como enlentecimiento del pulso, náuseas, sudoración, entre otros, éste a su vez se divide en somático profundo y visceral; luego distingue el dolor central, el cual se presenta espontáneamente o provocado, aparece como consecuencia de lesiones neurológicas de la médula espinal, bulbo raquídeo, tálamo o corteza cerebral, se localiza en una zona periférica que está hiposensible o anestesiada a causa de la lesión, los síntomas dolorosos suelen ocurrir semanas o meses después de la lesión neurológica que lo causa; y el tercero es el dolor psicógeno, que es el dolor que no encuentra etiología orgánica alguna, no puede descubrirse causa física a la lesión o enfermedad, bien sea periférica o central, según Janssen (2002), es frecuente observar en estos sujetos una exagerada respuesta a los estímulos, el dolor suele ser vago, no muy bien definido, se

traslada y la intensidad es proporcional a su estado de ánimo, por lo general durante el sueño no se manifiestan síntomas. Los pacientes con dolor psicógeno, son pacientes descritos como alexitímicos, con poca capacidad para reconocer y verbalizar sentimientos, muestran puntuaciones altas en neuroticismo, poca capacidad de introspección y tienden a recurrir a la actividad física para disminuir sus tensiones emocionales.

En cuanto a la clasificación del dolor según su duración Rubin (2005), propone el agudo y el crónico, cada uno distintos en sus manifestaciones, lesión de base y respuesta al tratamiento; del dolor agudo, refiere que es de gran valor adaptativo, su función primordial es proteger al organismo de peligros y posibles daños anatómicos o funcionales, es de aparición repentina y lenta, tiene un patrón de tiempo definido pues su comienzo y fin es mas bien breve, dura poco, Monsalve, Soriano, & Soucase (2005) complementan diciendo que además, se acompaña de respuestas fisiológicas similares a las de los estados de ansiedad, y suele tener una solución exitosa con tratamiento farmacológico; mientras que al dolor crónico lo definen como una experiencia psicofisiológica desagradable que permanece a pesar de haber disminuido o desaparecido el daño que lo originó, es de difícil diagnóstico y el éxito del tratamiento es limitado, según Aronoff et. al (2004) la respuesta de estos pacientes a los tratamientos al ser tan largos y con pocos resultados, terminan produciéndoles un cierto grado de discapacidad física acompañada de molestias vegetativas como posibles trastornos de sueño, del apetito, aumenta la irritabilidad, y hay una significativa disminución de la actividad sexual, sustentado con el estudio de Kwan, Roberts, & Swalm, (2005) en el cual afirman que la función sexual del

individuo que sufre algún dolor crónico, se ve seriamente afectada, pues la disfunción sexual es mas usual de lo reportado hasta el momento, manifestando a su vez grandes niveles de depresión por la poca tolerancia a la actividad sexual, su poca frecuencia y en caso de tenerla, sentimientos de frustración por su corta duración.

El impacto psicológico en el dolor crónico, es más claro que en el dolor agudo y generalmente está asociado en un comienzo a síntomas de ansiedad que posteriormente resultan en síntomas depresivos, según refiere Beekman et. al (2002). Dentro del dolor crónico se pueden identificar dos tipos, el benigno y el maligno, dependiendo de la gravedad y pronóstico de la patología de origen; así mismo, se encuentran tres grupos en cuanto a las características del dolor, que son el dolor agudo recurrente, de ocurrencia durante toda la vida o un buen periodo de ésta, como lo son las cefaleas conocidas como migrañas, que tienen periodos de dolor autolimitados y su final es predecible, sin embargo tiende a recidivar; el dolor continuo de duración limitada ó dolor crónico agudo, es aquel que tiende a durar meses y hasta años, pero con una alta probabilidad de lograr ponerle fin; y por último está el dolor crónico no maligno ó llamado síndrome del dolor crónico benigno irritable, en el cual el sujeto esta significativamente incapacitado por el dolor, éste se debe a causas que no amenazan la vida del sujeto, pero no existe respuesta alguna a los métodos habituales para su tratamiento, ejemplo de este dolor son la artritis reumatoide y el dolor del miembro fantasma, dicho por (Anaya et. al, 2005 a; Anaya et. al, 2005 b).

En la búsqueda por estudiar las variables psicológicas que inciden en el dolor, se abren paso diferentes modelos de la psicología que intentan dar respuesta a los

interrogantes sobre el tema, desde una aproximación conductual y otra cognitivo conductual. Así pues, la aproximación conductual intenta dar dos pasos importantes para la meta antes propuesta, por un lado desde el modelo del condicionamiento clásico del dolor crónico, en el cual, según Biggs, Morley, & Shapiro (2004) se considera que el dolor es una reacción de hipertensión muscular, aplicable a cualquier tipo de dolor, en el cual evitando el movimiento se reduce el dolor, aumentando la movilidad aumenta la tensión y el dolor por lo tanto es mayor, pero la evitación del movimiento, producida por el miedo asociado al dolor, puede de alguna forma, conducir a la inmovilidad, la cual es posible que ocasione atrofia en el músculo y aumente así la disfunción del mismo. Por otra parte, el modelo operante, es quizá el que más ha aportado en el tema de dolor, primero al suponer que el dolor no es directamente observable, sino que existe por un lado, una experiencia privada o propia y por otro lado, una conducta cuantificable o manifiesta del dolor, en la cual es el paciente quien comunica su dolor y sufrimiento, y es precisamente ésta la conducta del dolor que es posible modificar, Biggs, Morley, & Shapiro (2004).

Dicho modelo, plantea que el dolor en la fase aguda sería causado por estímulos nociceptivos, pese a ello, cuando el dolor pasa a ser crónico queda bajo el control de las condiciones ambientales, refiere Infante (2002), y en tal caso se habla entonces de un dolor operante, y llega a transformarse en una conducta operante mediante tres vías, según dice Infante (2002), la primera de ellas, es en el supuesto de que la conducta de dolor sea positivamente reforzada, es decir, que obtenga beneficios como descansar en cama, medicación, más atención por parte de familiares y médicos, entre otros. La segunda vía, se refiere al caso en que la conducta es

reforzada negativamente, ósea, solo en los momentos en los que le permite a la persona evadir eventos y situaciones más bien desagradables; y la tercera vía ocurre cuando la persona deja de ser reforzada de alguna manera, y por ende cada vez que intenta emprender una nueva actividad, su entorno se lo impide pues ya existe una sobreprotección hacia éste.

Dado lo anterior, D'Eon & Ellis (2002) infieren que una vez conocido el rol de los estímulos discriminativos que mantienen el dolor se pueden improvisar diferentes técnicas conductuales para darle tratamiento a éste. Sin embargo, al dolor no solo se le puede abordar desde lo netamente conductual, desde lo cognitivo se puede identificar en el paciente las estrategias con que lo afronta, su percepción de autoeficacia en el dominio del dolor y las creencias y/o expectativas frente al mismo, dándole la importancia a la necesidad de comprender la diversidad de los síntomas en cada paciente, a la subjetividad. Es interesante como Esteve, López & Ramírez (2001a), concluyen que las personas con dolor crónico desarrollan algunas estrategias cognitivas para tolerar o disminuir su percepción del dolor y el estrés que éste genera en ellas, así mismo defienden la idea en la cual dicen que:

“la experiencia de dolor vendrá determinada por: la capacidad del sujeto para manejar una situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresante (lo cual alude al concepto de afrontamiento); los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerles frente; y las características personales (sexo, edad, variables de personalidad) que, en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden

actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor” (p.130)

Turk (2003), menciona dos tipos de estrategias de afrontamiento, unas adaptativas y otras desadaptativas; en las estrategias adaptativas incluye conocimiento del dolor, dramatización, foco externo de atención, imágenes neutrales, placenteras y actividad cognitiva rítmica; mientras que en las estrategias desadaptativas, menciona la depresión, autculpa, agresión, ingesta de medicamentos y evitación del soporte social, sin embargo hay una más que es la catastrofización, la cual consiste en falta de autocontrol y autoeficacia percibida, y además las expectativas negativas respecto a los resultados.

No obstante dichas estrategias de afrontamiento, o mejor esas cogniciones del paciente son factibles de evaluar mediante instrumentos que permiten hacer un ligero y superficial acercamiento de ellas, algunos de estos instrumentos son el Coping Strategies Questionnaire [CSQ] de Keefe & Rosentiel, 1983, el cual evalúa las estrategias de afrontamiento y la valoración respecto al control del dolor; está también el Vanderbilt Pain Management Inventory [VPMI] de Brown y Nicasio, 1987, que evalúa las estrategias pasivo- activo de afrontamiento para el dolor; por su parte está el Pain Beliefs and Perceptions Inventory [PBPI] de Thorn & Williams, (1989), el cual contiene tres factores que son creencias sobre la estabilidad temporal del dolor, creencia del dolor como experiencia misteriosa con sentimientos de autculpa y creencia de que el dolor es causado y se mantiene por el paciente; el West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire [WHYMPI] de Kerns, Rudy & Turk (1985), evalúa específicamente dolor crónico, además contiene cinco factores

cognitivos y conductuales que dan soporte a la evaluación; luego está el Chronic Pain Acceptance Questionnaire [CPAQ] mencionado en el estudio de Corte (2003), que mide básicamente que tanta aceptación del dolor hay por parte del paciente; y una más es el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire [FABQ] de Henderson et. al (1993), evalúa esencialmente las creencias de la persona acerca de cómo el trabajo y la actividad física le influyen en su dolor.

Si bien es cierto que las pruebas no deben ser la única herramienta para diagnosticar alguna problemática psicológica, especialmente en pacientes con dolor crónico, si son una muy buena guía para dar con la posible causa de mantenimiento del mismo, en otras palabras Ong & Seymour (2004) sugieren que, ya que el curso del dolor es variado, los posibles problemas psicológicos difieren dependiendo del periodo en el cual se experimenta el dolor y en el cual se intenta medir, por lo cual al aplicar una prueba ésta no debe ser la única herramienta que lleve al terapeuta a una conclusión, en lo posible debe apoyarse de la entrevista y la historia clínica de la persona, recogiendo datos de cuando se produce el dolor, cómo, dónde irradia, intensidad, si es invalidante, en que época del año se da, como lo afronta, cuales son las expectativas del paciente hacia el dolor, si cree que con el tratamiento mejorará o no, y si se da en una situación diferente a lo cotidiano como un conflicto o una tensión; de igual forma los cuestionarios y autoregistros cobran valor al identificar el control y registro del paciente desde que se levanta hasta que se acuesta sobre la evolución y valoración de su dolor, Ramírez y Valdivia (2003).

Con el fin de explicar los cambios que se producen durante el curso del dolor, mencionados anteriormente, Geisser & Roth (2002) hablan del modelo de los tres

estadios, el cual brinda una opción más para intentar dar explicaciones a los fenómenos psicológicos que acompañan al paciente con dolor crónico, de esta forma el primer estadio hace referencia a una reacción emocional semejante al miedo, ansiedad y preocupación como resultado de la percepción del dolor durante su etapa más aguda, ya que se relaciona con el daño y por lo tanto se ve como una reacción natural, normal, ante la relevancia del daño físico, sin embargo, una vez ese dolor supera el periodo de dos a cuatro meses, ya está entonces en estadio dos, el cual está asociado a un conjunto de reacciones y problemas psicológicos y conductuales parecidos a la indefensión, a la depresión, y la somatización, que son un posible resultado de la cronicidad del dolor, dichos problemas dependen de la existencia previa de una personalidad o características individuales como las condiciones socioeconómicas, aquí cabe mencionar a Esteve, López, & Ramírez (2001b), pues estiman que una persona con antecedentes de depresión, con problemas económicos, desempleado por la incapacidad que le obliga el dolor, y con antecedentes de hipocondría, puede aumentar la sintomatología depresiva hasta mostrar somatización, en especial durante este segundo estadio; de una u otra forma el modelo de los tres estadios supone que existe una personalidad del dolor pre existente, asumiendo que existe una relación entre los problemas de personalidad y el dolor, en otro estudio Esteve, López & Rodríguez (2000), dicen que las características de personalidad y psicológicas varían de un paciente a otro, llevándolo a utilizar ciertas estrategias de afrontamiento ante el dolor, el empleo de estrategias de afrontamiento activas repercute en una mejor adaptación al problema, con un mejor nivel de funcionamiento, menor percepción de dolor y niveles más bajos de depresión y

ansiedad si es el caso; y las denominadas estrategias pasivas van asociadas a una peor adaptación al dolor crónico, con niveles más altos de dolor percibido, disminución significativa del estado de ánimo, y por ende un pobre funcionamiento en la vida cotidiana.

Dado lo anterior, Geisser & Roth (2002) refieren que dicha progresión entre los problemas psicológicos y conductuales que persisten en el paciente, conllevan al tercer estadio, en el cual se adopta o se acepta el rol de enfermo y se excusa al paciente de responsabilidades y obligaciones, en otras palabras el medio refuerza la incapacidad del sujeto, durante esta fase aparecen reacciones emocionales negativas, similares a la depresión, que posiblemente le implican a la persona una disminución de su funcionamiento físico y psicosocial.

A lo largo del escrito se ha venido haciendo referencia a una fuerte correlación entre dolor crónico y depresión, pues bien, por un lado estudios como los de Nickola, Pauli, & Wiedemann (1999), concluyen que la hiperactividad cerebral frontal derecha puede ser un marcador biológico para la sensibilidad incrementada al dolor y por ende al afecto negativo interpretado como síntoma depresivo; y por otro lado, en el estudio de (Bao, Croghan & Sturm (2003); Blyth, Brnabic, Cousins & March (2004)), concluyen que la depresión, sobre todo en personas adultas con dolor crónico se mantiene debido a que éstas acuden solo a asistencia médica dejando de lado la asistencia a especialistas en salud mental. En dichos estudios coinciden los autores en que el diagnosticar depresión en pacientes con dolor crónico no es una tarea fácil, por lo general, la depresión suele estar encubierta por algunos síntomas somáticos como lo son las cefaleas, insomnio y fatiga, entre otros, atribuidos al mismo dolor, y se

puede complementar la idea con Arikan, Sayar, & Yontem, (2002), cuando afirman que, los pacientes con dolor por lo general sufren de un sueño pobre o de mala calidad, deprimiendo a la persona, intensificando su dolor o la ansiedad.

Una vez más es válido decir que la causa por la que muchos pacientes con dolor crónico sufren de depresión no es aún tan clara como se esperaría, tan solo se pueden exponer hipótesis que las intenten explicar o dar un posible porqué, una de estas hipótesis es la depresión como antecedente personal o familiar, lo cual supone que si hay un predisponente biológico es posible que se dé pero esto podría ocurrir también independientemente del dolor, otra hipótesis sugiere que la depresión en estos pacientes se origina como consecuencia del dolor, y ésta hipótesis estaría entonces ligada a las estrategias de afrontamiento que haya desarrollado el individuo, por lo cual sería una buena explicación de la problemática; y por otro lado está la hipótesis de la mediación cognitiva conductual, en la cual se sostiene que la depresión se da como consecuencia de las percepciones psicológicas que desencadena el dolor, dicen Birbaumer, Flor, & Knost (2002).

Las anteriores hipótesis ponen de manifiesto la necesidad de abordar a los pacientes que sufren de dolor crónico desde la psicología, con el objetivo, quizá, no de eliminar el dolor por completo pero si disminuirlo a tal punto, que la persona pueda ser funcional en su vida personal y social, en otras palabras, el objetivo consistirá entonces en ofrecer una mejor calidad de vida para estos pacientes, así lo proponen Cano & Rodríguez (2001).

En este orden de ideas, el principal interés de cualquier protocolo de intervención para el dolor, según Adams, Rhodenizer, Stanish & Sullivan, (2006),

debe ser mejorar el nivel de control activo y autodominio por parte del paciente sobre su dolor con la consecuente mejora en su calidad de vida; las posibles estrategias para lograrlo son: por un lado implementar la relajación progresiva de Jacobson, la cual consiste en un método de relajación activa y progresiva de nueve grupos musculares por medio del cual el paciente, no sólo aprende a relajarse sino que además incrementa su capacidad de propiocepción sobre los niveles de tensión muscular en su cuerpo, siendo finalmente capaz de generar una relajación diferencial en función de sus necesidades tensionales, logrando disminuir su percepción de dolor; por otro lado está el poder incrementar la actividad física del paciente pues muchos de ellos han reducido su nivel de ejercicio físico a niveles mínimos y nulos, la idea entonces, sería desde el comienzo de la intervención, motivarlo a iniciar un programa de incremento gradual de ejercicios que pueda hacer con práctica diaria; en lo posible, iniciar junto con el médico tratante un proceso gradual de descenso de ingesta de medicamentos, propuesta hecha por Blyth, Cousins, March, & Nicholas (2005), ya que a medida que los pacientes van obteniendo y desarrollando más recursos para manejar su dolor son más capaces de ir reduciendo la toma de medicación; reducir la sobre reacción emocional de dichos pacientes, proporcionándoles técnicas de respiración, planificación y distribución de las actividades, del tiempo, y la importancia de los descansos durante las actividades cotidianas; que logren focalizar su atención en estímulos ambientales, como sonidos, imágenes, etc., con actividades de concentración; psicoeducar a éstos pacientes en habilidades de comunicación y sociales asertivas pues los pacientes en ocasiones pueden emitir conductas de dolor para conseguir sus objetivos en las relaciones interpersonales, generando patrones de

conducta negativos; (Cano & Rodríguez (2003); Flor (2003)), proponen trabajar en aspectos como lograr que las personas con dolor crónico paulatinamente logren reinterpretar la experiencia de su dolor con el fin de minimizar y/o transformar las sensaciones, el contexto, y los límites en la extensión del dolor percibido; de igual forma se puede hacer uso de una buena reestructuración cognitiva, encaminada a trabajar aspectos como los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de pensamiento más positivo y apropiado para la acción; y finalmente entrenar al paciente con dolor crónico en la no evitación de la actividad, con el fin de dar pautas para lograr detener el patrón de inactividad de los pacientes y mantener un nivel general de actividad lo más normal posible.

Por último, otra técnica de intervención bastante exitosa según Andrasik & Flor (2003) es por medio de biofeedback, estos autores parten de la idea que para el manejo del dolor se necesita una aproximación multidisciplinaria, y el biofeedback es una de las técnicas que se puede usar en supervisión de diferentes disciplinas, se puede definir como un proceso en el cual la persona aprende a controlar sus respuestas fisiológicas, y estas pueden ser de dos clases: respuestas que comúnmente no están bajo control voluntario y respuestas que generalmente son fácil de regular pero dicha regulación se ha visto perturbada debido a un trauma o alguna enfermedad. Suponen tres diferentes aproximaciones que se han propuesto para el uso del biofeedback en el manejo del dolor, son la aproximación general, específica e indirecta. En la aproximación general, se utiliza al biofeedback como un auxiliar en el entrenamiento de la relajación, para conseguir la reducción en la activación simpática general que a su vez conduce a una reducción en el procesamiento central de

estímulos sensoriales periféricos. En la aproximación específica, el fin como tal es modificar directamente la disfunción fisiológica o del sistema de respuesta, bajo la condición de dolor, en esta aproximación los terapeutas pueden evaluar respuestas psicofisiológicas en modalidades relevantes para la condición bajo diferentes condiciones de estímulos. Y en la aproximación indirecta, el objetivo es simularle al paciente situaciones incómodas o estresantes de la vida diaria y se espera por parte de éste, un insight acerca de la relación entre los factores físicos y psicológicos que abarcan su dolor. Es una técnica interesante que ha arrojado resultados bastante buenos en el manejo de pacientes con dolor crónico, sin embargo el éxito del tratamiento radica en la posibilidad de trabajar multi e inter.- disciplinariamente como lo afirman Anderson, Douglas, Graham, & Rogerson (2004).

CONCLUSION

El presente trabajo tuvo como objetivo y fin principal, realizar una revisión teórica acerca de las generalidades del dolor crónico desde una perspectiva psicológica; los objetivos específicos estuvieron orientados a conocer los antecedentes históricos y las características del dolor, en especial el dolor crónico, su clasificación en función de su localización, y duración, las taxonomías y modelos que lo explican, la relación que tiene con patologías como la depresión y finalmente las técnicas que se pueden incluir en un protocolo de intervención psicológico para el manejo de pacientes con dolor cónico. Los anteriores objetivos se lograron cumplir llenando las expectativas propuestas desde el inicio, ya que a lo largo del trabajo se cubren teóricamente uno por uno los temas antes mencionados.

El dolor es un tema que ha acompañado la curiosidad de los seres humanos y de las ciencias de la salud, su progreso se puede ver al echar un vistazo años atrás cuando se pensaba que la presencia de dolor traía consigo únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, hoy en día, la ciencia ha permitido revelar la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor en el paciente, pues se conoce que el dolor genera importantes reacciones emocionales que pueden aumentar el sufrimiento que lleva asociado, pero si además de esto, el dolor se vuelve crónico puede asumir un impacto demoledor en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre. Cuando aparece un dolor resistente, que no se pasa, los sentimientos de impotencia y desorientación se manifiestan pronto, de aquí surge entonces la necesidad de construir una nueva definición, en la que se le de sentido a la existencia

de un dolor que no se puede evitar y en la que se le da lugar a las sensaciones que provoca corporalmente.

Lo anterior se toma entonces como razón por la cual el interés de la psicología por el tema del dolor parte de la amplia gama de significados que se le pueden dar a las experiencias dolorosas como lo plantean Gutiérrez y Luciano (2006). Y en consecuencia, la labor del psicólogo se centra en trabajar terapéuticamente todos los aspectos posibles del dolor para mejorarlo y hacerlo más soportable, y de esta forma optimizar la calidad de vida, o de alguna forma el principal interés de cualquier protocolo de intervención para el dolor, retomando a Adams, Rhodenizer, Stanish & Sullivan, (2006), debe ser mejorar el nivel de control activo y autodominio por parte del paciente sobre su dolor con la consecuente mejora en su calidad de vida.

El dolor, suele estar asociado a la percepción de un daño que se ha producido en el cuerpo, bajo esta perspectiva, el dolor sería la percepción del daño como tal, pero entre ese daño y el dolor intervienen una serie de factores de tipo psicológico; de hecho, se podría decir que no todos los sujetos sienten el mismo dolor ante una herida o daño similar, pues hay personas que lo soportan mejor que otras y en ocasiones se tolera mejor dependiendo del estado de ánimo.

Una de las funciones o razones de ser del dolor, es avisar al cuerpo para que éste haga algo que pueda compensar el daño físico que se genera, ese es el motivo por el cual una reacción natural en el hombre es el miedo al dolor, un miedo que es adaptativo porque lo lleva a evitarlo y eliminarlo en determinado momento, en el caso de un dolor crónico, el esfuerzo por evitar el dolor se convierte para muchos sujetos,

en un esfuerzo inútil, que a su vez puede desarrollar una depresión o un estado de ánimo deprimido que le hace olvidar el sentido de su vida, retomando el estudio de (Bao, Croghan & Sturm (2003); Blyth, Brnabic, Cousins & March (2004)). Los intentos por disminuir el dolor crónico deben empezar entendiendo la lucha contra el dolor se libra en el propio cuerpo, por lo tanto en él se deben generar los primeros cambios para conseguir su disminución, actualmente la terapia cognitivo conductual es quizá la que más herramientas ofrece para tratar con éxito a los pacientes con dolor crónico, pues son técnicas que han mostrado su eficacia de forma científica, algunas de ellas son la relajación y el biofeedback, enseñando a la persona a dejar las tensiones dañinas de su cuerpo, el biofeedback es quizá la técnica que mejores resultados ha arrojado de hecho según Andrasik & Flor (2003) es por medio de biofeedback, que la persona aprende a controlar sus respuestas fisiológicas y de alguna forma el paciente puede entonces hacer un insight acerca de la relación entre los factores físicos y psicológicos que abarcan su dolor.

Por último, es importante recordar que según la (Asociación internacional para el estudio del dolor [IASP], 1979) todo dolor tiene un componente psicológico, en su definición de dolor son claros en afirmar que “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión física real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión” y de esta definición se puede inferir claramente el componente emocional, y por tanto psicológico, del dolor, lo cuál obliga y llama a la psicología como disciplina para aportar activamente a la investigación sobre el tema con el fin único de beneficiar a esta población que día a día crece en su problemática sin tener idea alguna que desde la psicología se le

pueden ofrecer herramientas validas y oportunas que le permitan afrontar de una mejor forma su dolor crónico y porque no disminuirlo a tal punto que su vida pueda ser lo más funcional y normal posible. La definición actual del dolor, asume importantes implicaciones en el tratamiento, ya que plantea como necesario ser abordada desde un enfoque terapéutico multidisciplinar en el que se integren tratamientos médicos, farmacológicos y psicológicos, en pro del bienestar físico y mental de los pacientes con dolor crónico.

Referencias

- Adams, H., Rhodenizer, T., Stanish, W. D. & Sullivan, M. J. L. (2006). A Psychosocial Risk Factor-Targeted Intervention for the Prevention of Chronic Pain and Disability Following Whiplash Injury. *American Physical Therapy*.86 (1), 8-18.
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV] (4ª ed.). Barcelona: Autor.
- Anaya J. M., Cadena, J., Contreras, F., Restrepo, L. M., & Vinaccia, S. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5 (1), 129- 142.
- Anaya J. M., Cadena, J., Moreno, E., Tobón, S., & Vinaccia, S. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, (1), 47-61.
- Anderson, D., Douglas, W., Graham, C., & Rogerson, K. (2004). Managing chronic pain through cognitive change and multidisciplinary treatment program pain clinic, Fremantle Hospital, Fremantle, Western Australia, Australia. *Australian Psychologist*, 39 (3), 201 – 207.
- Andrasik, F. & Flor, H. (2003). “Biofeedback”. Disponible en red: [www.psicol.unam.mx:8082/Profesionales/PsiClinica/iem/descargas/RESUMEN%20ARTICULOS%20DOLOR.pdf, extraído el 9 de Abril de 2006].

- Arikan, M., Sayar, K., & Yontem, T. (2002). Sleep Quality in Chronic Pain Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (9), 844–848.
- Aronoff, G., Barolat, G., Beltrutti, D., Bruehl, S., Doleys, D., Krames, E., Lamberto, A., Meglio, M., Melzack, R., North, R., Olson, K., Reig, E., Simpson, B., & Turk, D. (2004). The Psychological Assessment of Candidates for Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain Management. *World Institute of Pain, 1530-7085/04/ Pain Practice*, 4 (3), 204–221.
- Asociación internacional para el estudio del dolor [IASP]. (1979).
- Bao, Y., Croghan, T. & Sturm, R. (2003). A National Study of the Effect of Chronic Pain on the Use of Health Care by Depressed Persons, 54 (5). Disponible en red: [<http://psychservices.psychiatryonline.org>, extraído el 9 de Abril de 2006].
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, S. W., Twisk, J. W. R., & Van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (1), 23-30.
- Biggs, J., Morley, S., & Shapiro, D. A. (2004). Developing a Treatment Manual for Attention Management in Chronic Pain. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33 (1), 1–11.
- Birbaumer, N., Flor, H., & Knost, B. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *Pain*. 95 (1-2), 111-8.
- Blyth, F., Brnabic, A., Cousins, M. & March, L. (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, (111), 51 – 58.

- Blyth, F., Cousins, M., March, L., & Nicholas, M. (2005). Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain*, (113), 285–292.
- Brown & Nicasio. (1987). Vanderbilt Pain Management Inventory [VPMI].
- Bushnell, C., & Villemure, M. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? *Pain*, 95 (3), 195-9.
- Cano, J. & Rodríguez, L. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en dolor*, 2 (4), 279-288.
- Cano, F., & Rodríguez, L. (2005). Pensamientos negativos automáticos en el dolor crónico. *Psiquis*, 24, (3), 137-145.
- Comeche, M. I. & Hesse, M. (2001). Aspectos psicofisiológicos implicados en el dolor crónico. *Actualizaciones en dolor*, 2 (4), 241-251.
- Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.
- Cortés, C., Prada, I., & Ramírez, H. (1991). Dolor y Sufrimiento: Una Aproximación Multidisciplinaria. *Revista de Psicología*, 1 (2). 1-8.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.
- D'Eon, J., & Ellis, J. (2002). Pain, emotion, and the situational specificity of Catastrophising. *Cognition and Emotion*, 16 (4), 519–532.
- De las Mulas, M., Fernández, B., & Márquez, C. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 368-379.

- De Vet, H., Diepenmaat, A., Hirasing, R., & Van der Wal, M. (2006). Neck/Shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. *Journal Watch Pediatrics and adolescent medicine*, 117 (2), 412-6.
- Esteve, M. R., López, A. E., & Ramírez, C. (2001a). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17 (1), 129-137.
- Esteve, M. R., López, A. E., & Ramírez, C. (2001b). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en dolor*, 2 (4), 252-261
- Esteve, R., López, A. E., & Rodríguez, M. J. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.
- Flor, H. (2003). Cortical reorganisation and chronic pain: implications for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, (41 Supl.), 66-72.
- Geisser, M. E. & Roth, R. S. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: Mediating role of pain-related cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18 (5), 286- 296.
- González, F. (1999). “¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aun no clasificado? La fibromialgia”. *Psiquiatria.com*, 3 (3), Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/art_6.htm, extraído el 09 de Abril de 2006.]
- Gutiérrez, O., & Luciano, C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. E. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RFT). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 6, (1), 169-188

- Henderson, I., Main, C. J., Newton, M., Somerville, D., Waddell, G. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-68.
- Janssen, S. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 131-137.
- Kwan K. S., Roberts L. J., & Swalm D. M. (2005). Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *European Journal of Pain*, 9 (6), 643-52.
- Keefe, F. J., & Rosentiel, A. K. (1983). Coping Strategies Questionnaire [CSQ]. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17: 33-34.
- Kerns, R. D., Rudy, T. E., & Turk, D. C. (1985). West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire [WHYMPI], *Pain*, 23 (4), 345-56.
- Lievesley, A. & Tyrer, S. (2003). Pain following traumatic brain injury: Assessment and management *Neuropsychological Rehabilitation*, 13 (1/2), 189–210.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971- 979.
- Monsalve, V., Soriano, J. F., & Soucase, B. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5 (2), 227-241.
- Nickola, M., Pauli, P., & Wiedemann, G. (1999). Sensibilidad al dolor, lateralidad cerebral, y afecto negativo. *Pain*, 80, 359-364.

- Ong, K., & Seymour, R. (2004). Pain Measurement in humans. *The royal colleges of surgeons of Edinburgh and Ireland*, 2 (1), 15-27.
- Penzo W. (1 989). El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Barcelona. Martinez Roca SA.
- PUBMED, “History of pain concepts and pain therapy”. 1875956. The Mount Sinai Journal of Medicine. Bonica (1991); 58(3):191-202.
- Ramírez, C., & Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (2001). A Loeser, J. (Ed.). Bonica’s management of pain, 329-341. Lippincott Williams & Williams.
- Rubin, J. J. (2005). Psychosomatic Pain: New Insights and Management Strategies. *Southern Medical Journal*, 98 (11), 1099-1110.
- Thorn, B. E., & Williams, D.A. (1989). Pain Beliefs and Perceptions Inventory [PBPI]. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.
- Turk, D. C. (2003). Cognitive – behavioural approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anaesthesia and Pain Medicine*, 28 (6), 573-579.
- Universidad autónoma de Barcelona, Departamento de psicología de la salud y psicología social, Infante (2002). Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico, Barcelona. Disponible en red: [www.tdx.cesca.es/TDX- 0211103- 223230/, recuperado el 21 de Abril de 2006].

