

## AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRONICO

Lina María Páez Ruiz.

Diplomado de Psicología de La Salud

Facultad de Psicología

Universidad de La Sabana

Chía, Mayo de 2007

### Resumen

El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva) asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera, siendo el síntoma más frecuente por el que consultan los pacientes a los médicos. La participación tanto de fenómenos psicológicos (subjetivos) como físicos o biológicos (objetivos) en el dolor es variable según el tipo de dolor y la persona que manifiesta el dolor. Existen muchos estudios que tratan de establecer dicha interrelación y explicar la vivencia dolorosa. La enfermedad y el dolor han estado unidos con la vida, durante la historia de la humanidad. En este artículo se aborda una investigación bibliográfica de los estudios del papel de la psicología en la comprensión y tratamiento del dolor crónico, como complemento de los tratamientos tradicionales de esta patología. Se hace una referencia breve a la fisiología del dolor y sus vías neurológicas.

Palabras claves: *Dolor crónico, terapia, vías de dolor, dolor.*

### Abstract.

Pain is an emotional (subjective) and sensorial (objective) tissue injury related experience, or expressed as if it exists, being the most frequent medical consultation cause. Psychological (subjective), physical or biological phenomena are present in different ways in pain and in the one who is suffering it. There have been made so many studies to explain relations between them trying to explain the painful experience. Illness and pain have been through human history. This article tries to tackle a bibliographic research of the psychological role in treatment and comprehension of chronic pain as a complement of traditional treatment modalities of this pathology. It makes a brief point on pain physiology and neurological pathways.

Key words: Chronic pain, therapy, neurological pathways and pain

## AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRONICO.

*“El dolor es una miseria perfecta, el peor de los demonios y en exceso, agota toda paciencia”*

*Jhon Milton*

Dolor es una sensación no placentera con una experiencia emocional consciente, que está referido, generalmente, a un daño en los tejidos; conlleva tres componentes: discriminación sensorial (cualidad y localización), afectiva motivacional (emocional) y cognitiva - evaluativa (significancia), llevando a evaluar el dolor en un grado de intensidad. Es a su vez por su duración en el tiempo, clasificado como agudo, subagudo o crónico.

Paille (1990):

Se ha descrito el dolor en dos grandes categorías: dolor neuropático y dolor nociceptivo.

Los dolores neuropático y nociceptivo son causados por diferentes procesos neurofisiológicos y por lo tanto tienden a responder a diferentes modalidades de tratamiento. El dolor nociceptivo está mediado por receptores en las fibras A delta y C que están localizadas en la piel, huesos, tejido conectivo músculos y vísceras. Estos receptores cumplen un papel biológico útil localizando estímulos nocivos químicos, térmicos y mecánicos.

El dolor nociceptivo puede ser de naturaleza somática o visceral. El dolor somático tiende a ser bien localizado, constante, descrito como agudo, palpitante, desgarrante o punzante. El dolor visceral, por otra parte, tiende a ser vago en su distribución, paroxístico en su naturaleza y descrito usualmente como un dolor profundo, punzante, retortijón o cólico (p.31).

El paciente puede experimentar varias formas de dolor, una es la disestesia (experiencia anormal de una sensación nociva), parestesia (sensación anormal donde no hay sensación), hiperpatia (respuesta exagerada a un dolor o estímulos nocivos o no nocivos), alodinia (percepción de un estímulo no nocivo como doloroso), hiperalgesia (dolor excesivo frente al estímulo del dolor), hipoalgesia (decrecimiento del dolor ante el estímulo), hiperestesia ( aumento o disminución

del dolor ante el estímulo no nocivo). Los anteriores términos se utilizarán como base de terminología para el estudio del dolor. (Petersen, 1999).

El dolor agudo y el dolor crónico se diferencian en su etiología, patofisiología, diagnóstico y tratamiento. El dolor agudo es en sí mismo, limitante y sirve a una función biológica protectora actuando como advertencia del daño en curso del tejido. Es un síntoma de un proceso de la enfermedad experimentado en o alrededor del tejido dañado o enfermo. Los síntomas psicológicos asociados son mínimos y se limitan generalmente a la ansiedad suave.

El dolor agudo es nociceptivo en naturaleza, y ocurre secundario al estímulo del producto químico, mecánico y termal de los receptores A-delta y C-polimodal. (Paille, 1990).

Bonica (1990):

El dolor crónico, por otra parte, no sirve ninguna función biológica protectora. Más bien es el síntoma de un proceso de la enfermedad, el dolor crónico es en sí mismo un proceso de la enfermedad. Es implacable y en sí mismo no limitador, como el anterior, puede persistir por años y décadas sin variación, después de lesión inicial.

El dolor crónico puede ser refractario a las modalidades múltiples del tratamiento. Si el dolor crónico se trata inadecuadamente, los síntomas asociados pueden incluir ansiedad, miedo, depresión, insomnio y la debilitación crónica de la interacción social. (p.15).

Ciertos trastornos psicológicos (como la ansiedad o la depresión) también pueden causar dolor, el cual se conoce como dolor psicógeno. Los factores psicológicos pueden influenciar el dolor que se siente por una herida, haciendo que se perciba con mayor o menor intensidad. El médico debe considerar todos estos aspectos.

El dolor, por sus características de cronicidad e hipersensibilidad en cualquiera de sus modalidades ocasiona alteraciones marcadas en el entorno psicosocial del individuo, induciendo frecuentemente estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agresividad y alteraciones sociales como ausentismo laboral, aislamiento y alteraciones desadaptativas del núcleo familiar. (Buendía, 1991).

### Vías Neurológicas y Fisiológicas del Dolor. Modelo Médico.

Durante años se pensó que el proceso ocurría en terminaciones sensoriales específicas (corpúsculos de Ruffini, Meissner y otros), estructuras encapsuladas que están en contacto con fibras A beta, que transmiten estímulos mecánicos de pequeña intensidad. Hoy se sabe que ocurre en las terminaciones nerviosas libres, ramificaciones distales de fibras C amielínicas y de fibras A delta, que a este nivel han perdido su delgada capa de mielina. Allí se inicia la depolarización y la transmisión de los impulsos dolorosos hacia la médula. La respuesta de estos receptores periféricos puede ser modificada por factores que la sensibilizan, aumentando la respuesta (acidez del medio, presencia de sustancias algógenas como prostaglandinas o bradikininas) o por otros que causan fatiga, disminuyendo su respuesta (estímulos mecánicos repetidos). Algunos receptores sólo responden a estímulos mecánicos intensos, otros a estímulos nocivos mecánicos y térmicos y otros tienen respuestas polimodales ante estímulos mecánicos, térmicos y químicos. Estos receptores aumentan significativamente su respuesta eléctrica cuando los estímulos se hacen dolorosos.

Con algunas excepciones, todos los impulsos dolorosos se transmiten por fibras C, con velocidad de conducción lenta (0,5-2 m/seg) y por las A delta, con mayor velocidad de conducción (4-30 m/seg). Estas fibras, parten de la neurona en T o neurona periférica, tienen su soma en el ganglio espinal y penetran a la médula por el asta posterior. Las fibras de las astas anteriores, que se pensaba eran sólo eferentes y motoras, transmiten también impulsos sensoriales en más de un 15%; esto puede explicar el fracaso de algunas técnicas quirúrgicas, como la rizotomía, que sólo lesiona las raíces posteriores de los nervios espinales. (Dickenson,1996).

En relación al dolor visceral, las vías aferentes son fibras simpáticas que, pasando por los plexos, llegan a la médula a través de las astas posteriores. Esta transmisión por fibras amielínicas y de conducción lenta, y que también puede ser somática, es responsable de una sensación dolorosa sorda, vaga y profunda. La sensación dolorosa más definida, intensa y breve, que se puede percibir ante un estímulo somático, es transmitida por las fibras A delta. La evidencia de

transmisión dolorosa por vía vagal no está comprobada en el hombre, pero pudiera tener importancia en casos especiales de dolor de origen visceral, como ocurre en el cáncer.

Lo característico de las fibras sensitivas es su ingreso a la médula, siguiendo una cierta distribución topográfica, de manera que a cada dermatoma sensitivo le corresponde un metámero medular, aun cuando existe un cierto grado de superposición que hace que un dermatoma táctil propioceptivo no corresponda exactamente a uno térmico, o que bajo anestesia espinal con analgesia de piel desde nivel T8 se pueda experimentar dolor a nivel de la cadera. En las astas posteriores de la médula se produce la sinapsis con la segunda neurona en la sustancia gelatinosa de Rolando.

Muchas fibras nociceptivas, antes de su ingreso a la sustancia gris, emiten colaterales descendentes y ascendentes, constituyendo parte del haz de Lissauer. Estas colaterales tienen la posibilidad de formar sinapsis hasta dos segmentos medulares inferiores o superiores al del ingreso, lo que significa que la transmisión de una neurona primaria puede propagarse a varias raíces vecinas.

Es importante destacar que la segunda neurona puede formar sinapsis con más de una primera neurona, proveniente de la piel o de una víscera, y que esta sinapsis se produce siempre en la sustancia gelatinosa de Rolando, cualquiera sea la distribución del soma en el asta posterior. Aquí existen pequeñas neuronas características de esta zona, las interneuronas, que de alguna manera modulan estas sinapsis. Estos hechos tienen importancia, pues dan un sustrato anatómico-fisiológico a fenómenos como el dolor referido y a la modulación que sobre la transmisión nerviosa pueden ejercer centros superiores.

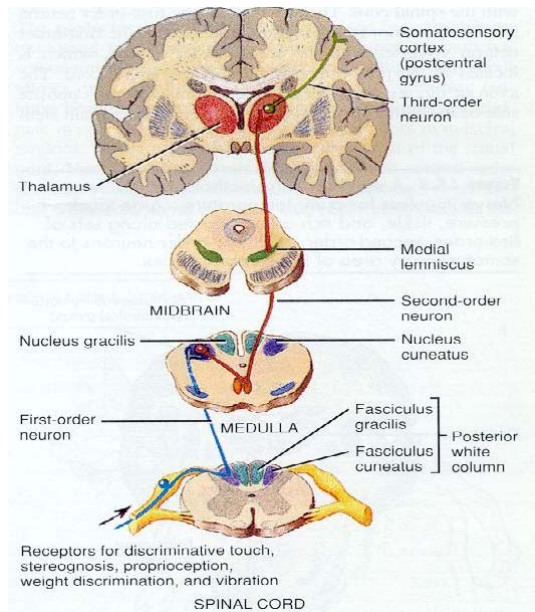
Las segundas neuronas dan origen a tres haces ascendentes contralaterales: el neoespinotalámico y el paleoespinotalámico, que conforman la vía espinotalámica, y el espinoreticulotalámico. Las fibras cruzan entre el epéndimo y la comisura gris anterior, cruce que puede realizarse en el mismo segmento medular o ascender antes de hacerlo. Algunos axones ascienden en forma ipsilateral y otros lo hacen a través de los cordones posteriores que conducen fibras propioceptivas de tipo A, para luego cruzar a nivel del bulbo y ascender al

tálamo. Esto puede explicar algunos de los fracasos de técnicas analgésicas, como la cordotomía anterolateral (destrucción de los cruces descritos).

El haz neoespinotalámico, que hace sinapsis con los núcleos ventral posterior y pósterolateral del tálamo y de allí con la corteza parietal, parece ser importante en la ubicación topográfica del dolor. El haz paleoespinotalámico se proyecta en forma bilateral a los núcleos inespecíficos del tálamo y luego a zonas frontales de la corteza, adquiriendo importancia en la evaluación cualitativa del dolor.

El haz espinoreticulotalámico hace sinapsis con la formación reticular a diferentes niveles: bulbo, protuberancia, zona mesencefálica y sustancia gris periacueductal y de allí en forma bilateral hacia los núcleos inespecíficos del tálamo; a este haz se le atribuye mayor importancia en relación al componente afectivo del dolor. (Guyton, 2001).

Desde hace cuarenta años se conoce la posibilidad de controlar el ingreso de estímulos nociceptivos desde las estructuras centrales. La estimulación eléctrica de la zona periacueductal o del núcleo del rafe bulbar, ricos en receptores morfínicos, provoca analgesia sin alteración motora, probablemente a través de una vía inhibitoria descendente, el fascículo dorsolateral. Experimentalmente se puede obtener analgesia con microinyecciones de morfina en estas zonas. Estas vías inhibitorias descendentes también pueden ser estimuladas por el dolor y el estrés y provocar alguna modulación a nivel medular. Es necesario dejar en claro que existen sistemas inhibidores descendentes mediados por opioides y también por otros mediadores, entre los que destacan dos sistemas: uno mediado por norepinefrina y otro, como se muestra en la figura 1.



*Figura 1.* Vías nerviosas del dolor.

Los nervios que llevan mensajes desde los nociceptores por la médula espinal siguen diferentes tractos. La mayoría van hacia el tálamo, donde son distribuidos a varios centros superiores. Algunos van también hacia la formación reticular (la cual, entre otras cosas, gobierna el estado de alerta) y hacia la amígdala (una parte del sistema límbico implicada en la emoción)

La nocicepción comprende dos etapas: la transducción del estímulo nocivo por las terminaciones nerviosas periféricas y la transmisión de esas señales hacia el sistema nervioso central. El impulso nociceptivo se modula en cada nivel de la vía sensitiva aferente, desde el nervio periférico hasta la corteza cerebral. Dado que el dolor severo puede desorganizar el comportamiento e interferir con la capacidad de huir del peligro, la posibilidad de suprimirlo puede ser vital.

Los receptores para el dolor se encuentran en la piel, en las estructuras musculoesqueléticas y en las vísceras. Los receptores cutáneos (terminaciones nerviosas libres) transducen estímulos mecánicos, térmicos o químicos en un tren de potenciales eléctricos que se transmiten por sus axones hacia la médula espinal. Los cuerpos celulares de los nociceptores periféricos se encuentran en los ganglios de la raíz dorsal, y la primera sinapsis se realiza a nivel del asta dorsal de la médula espinal, tanto con las interneuronas locales como con las neuronas de



proyección que llevan la información nociceptiva hacia centros superiores en el tronco cerebral y en el tálamo.

El dolor se inicia en los receptores especiales del dolor que se encuentran repartidos por todo el cuerpo. Estos receptores transmiten la información en forma de impulsos eléctricos que envían a la médula espinal a lo largo de las vías nerviosas y luego hacia el cerebro. (Dubner, 1999).

En ocasiones la señal provoca una respuesta refleja al alcanzar la médula espinal; cuando ello ocurre, la señal es inmediatamente reenviada por los nervios motores hasta el punto original de dolor, provocando la contracción muscular. Esto puede observarse en el reflejo que provoca una reacción inmediata de retroceso cuando se toca algo caliente.

La señal de dolor también llega al cerebro, donde se procesa e interpreta como dolor y entonces interviene la consciencia individual al darse cuenta de ello.

#### Los receptores de dolor

Los recorridos nerviosos difieren según las distintas partes del cuerpo. Es por eso por lo que varía la sensación de dolor con el tipo y localización del daño. Por ejemplo, los receptores de la piel son muy numerosos y son capaces de transmitir información muy precisa, como la localización del daño y si el dolor era agudo o intenso (como una herida por arma blanca) o sordo y leve (presión, calor o frío). En cambio, las señales de dolor procedentes del intestino son limitadas e imprecisas. El cerebro no puede identificar el origen exacto del dolor intestinal ya que este dolor es difícil de localizar y es probable que se note en un área extensa.

Es posible que el dolor percibido en algunas partes del cuerpo no represente con certeza dónde radica el problema porque puede tratarse de un dolor referido, es decir, producido en otro sitio. El dolor referido sucede cuando las señales nerviosas procedentes de varias partes del cuerpo recorren la misma vía nerviosa que conduce a la médula espinal y al cerebro. Por ejemplo, el dolor producido por un ataque al corazón puede sentirse en el cuello, mandíbulas, brazos o abdomen, y el dolor de un cálculo biliar puede sentirse en el hombro. (Devor, 1991).

## Teorías Psicológicas y Manejo Psicológico del Dolor Crónico

El dolor representa una de las preocupaciones del hombre desde el principio de la Historia. En el estudio histórico de cualquier civilización encontraremos referencias del dolor.

El hombre prehistórico entendía el dolor asociado a un traumatismo, mientras que, mistificaba el dolor asociado a enfermedades.

En las civilizaciones egipcia y babilónica se pensaba que el dolor causado por enfermedad dependía de la influencia divina que era percibida en el corazón.

Budistas e hindúes reconocen el dolor como una sensación, con importante componente emocional, que se percibe en el corazón.

Durante la civilización griega, el cerebro pasa a ser el receptor de las sensaciones y del razonamiento, funciones que se pensaba hasta entonces eran desempeñadas por el corazón.

Galeno distingue tres tipos de nervios: los nervios fuertes o motores, los nervios débiles encargados de las sensaciones y un tercer tipo de nervios relacionados con la sensación nociceptiva.

Los progresos en los estudios anatómicos y fisiológicos permitieron demostrar en el siglo XIX que la raíz anterior de los nervios espinales es la motora y la posterior la sensitiva. (Alvarez, Fitzgerald, 1999).

En la segunda mitad del siglo actual se inició el estudio del dolor desde el punto de vista científico, existiendo en la actualidad un notable incremento de los conocimientos sobre el tema, que comienza en los últimos años a proyectarse en forma de beneficios para el paciente. Este retraso en la obtención de resultados es debido a que hasta los años 70 la investigación se realizaba en animales, centrándose en el aspecto sensorial del dolor y relegando los aspectos emocionales y psicológicos.

En los últimos años se han producido avances prometedores tanto en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de los síndromes clínicos dolorosos, como en el conocimiento de los factores culturales y emocionales del individuo. Todo esto unido al progreso farmacológico que han aportado nuevas

sustancias y diferentes presentaciones de las ya conocidas, abre un nuevo horizonte en la lucha frente al dolor. (Gómez, 1994).

Para explicar la común observación abogaban por la existencia de un sistema de inhibición que primero situaron en el asta posterior de la médula espinal y que después complementaron con la llegada de vías descendentes procedentes de las estructuras encefálicas. Los estímulos dolorosos que suceden en la periferia excitan los nociceptores presentes en las terminaciones nerviosas sensoriales llamadas fibras A y C. Estas fibras llegan a la médula espinal, donde establecen contactos con una segunda neurona que inicia las vías espinales ascendentes que llevan finalmente el estímulo hasta el tálamo y de ahí a la corteza cerebral. Este hecho era conocido desde hacía tiempo y la sección de los cordones espinales posteriores había sido una de las intervenciones neuroquirúrgicas tradicionales para aliviar el dolor.

Por su parte, la activación sensorial producida por el estímulo táctil de la friega activaba fibras gruesas llamadas A, que también llegaban a la médula espinal. Hasta ahí nada nuevo, y la aportación de Melzack y Wall consistió en la idea de que existían conexiones medulares entre fibras C y fibras A, a través de la sustancia gelatinosa medular. La estimulación de las segundas podía inhibir la sensación dolorosa causada por la activación de las primeras. Existía, por tanto, un sistema de inhibición espinal desconocido previamente que podía actuar ‘filtrando’ los estímulos nociceptivos, actuando de hecho como una compuerta o ‘puerta de entrada’ que permitía que unos estímulos viajaran hasta hacerse conscientes, mientras que otros no progresaban, es decir, no iban más allá de la médula y no se hacían conscientes. Además, esta ‘puerta de entrada’ podía ser activada (o inhibida) por la activación de centros supraespinales (cerebrales, bulbares), de forma que se definía un mecanismo que explicaría la interferencia de la actividad encefálica sobre la percepción dolorosa. Esta posibilidad de inhibición presináptica fue sin duda la gran contribución de Melzack y Wall. En definitiva, daba al traste con la su-puesta teoría descartia-humanista (Aronoff, Gallagher, Feldman, 2002).

El dolor referido, como el dolor que algunas veces siente la gente en los brazos y hombros cuando están sufriendo una ataque al corazón, es debido a la

forma en que los nervios se juntan en la médula espinal. El cerebro algunas veces pierde el rastro de donde viene el dolor. (Parris, 2002).

La teoría de la compuerta, como ya se había dicho, está basada en la idea de confusión de las señales neurales.

Parece que cierta estimulación no dolorosa puede, en algunos casos, interferir con la experiencia del dolor. Esta es la explicación que subyace a fenómenos como los beneficios de frotar una zona dolorosa, el uso de compresas frías o calientes, la acupuntura o acupresión y la estimulación eléctrica transcutánea.

Hay personas que han tenido un daño en alguna parte de estos tractos, a menudo después de un golpe, y que sienten un hormigueo o quemazón que se agrava al tocar la zona. Otras personas tienen un daño más arriba en el cerebro que les lleva a sentir un dolor como cualquier otro, pero que elimina las conexiones a los centros emocionales. Ellos sienten dolor, pero no lo sufren.

El dolor fantasma, el dolor que los amputados sienten a veces en el mismo miembro que han perdido, es debido al hecho de que, cuando los nociceptores están dañados o ausentes, las neuronas de la médula espinal que transmiten los mensajes de dolor a veces se vuelven hiperactivas. Es por ello que el cerebro recibe mensajes de dolor desde donde no ha quedado ningún tejido.

En el cerebro y la médula espinal, hay ciertas sustancias químicas llamadas opiáceos, o más específicamente encefalina, endorfina y dinorfina.

Estos opiáceos, como su nombre indica, son los equivalentes en el cuerpo del opio y sus derivados la morfina y la heroína. Cuando son liberados en las sinapsis, disminuyen los niveles de dolor transmitido, exactamente igual que la heroína.

Realmente existe una variedad de cosas que disminuyen la experiencia de dolor: la marihuana, la leche materna (para los recién nacidos, por supuesto), el embarazo, el ejercicio, el dolor y la conmoción, la agresión y la diabetes. Una experiencia reducida de dolor se llama, lógicamente, hipoalgesia.

Hay gente que ha nacido con una inhabilidad genética para sentir dolor en absoluto. Es muy raro, y a priori puede parecer una bendición. Pero el porcentaje de muerte temprana es muy alta en estas personas normalmente, porque heridas a las que las personas normales prestarían atención (heridas pequeñas, como un

esguince) son ignoradas y desarrollan serios problemas posteriormente. Ha habido gente con apendicitis que murieron simplemente porque no se dieron cuenta.

Por supuesto, esta es la razón por la cual el dolor ha evolucionado tal y como es: nos alerta para que nos sentemos, descansemos, atendamos a una herida, evitemos cosas que causan dolor, entre otras cosas. Por otra parte, el dolor no es siempre útil. El paciente de cáncer conoce su enfermedad y está cuidando de ello. El a menudo insoportable dolor es totalmente innecesario, y debemos hacer lo que podamos por deshacernos de él. (Ferrante, 1993).

Una reacción natural en el hombre es el miedo al dolor, un miedo que es adaptativo porque nos impulsa a evitarlo y eliminarlo.

Pero no siempre una reacción de miedo lleva a un comportamiento adecuado. Por ejemplo, para que no duela algo se está quieto y se deja de hacer muchas cosas que hacían la vida agradable, a veces más allá de lo estrictamente necesario. Otro ejemplo se da cuando el miedo al dolor puede hacer no acudir al dentista, lo que finalmente será causa de un mal mayor.

En el caso de un dolor crónico, la lucha por evitar el dolor se convierte muchas veces en un esfuerzo inútil. El sentimiento de fracaso que genera, primeramente impotencia y un estado de irritación que influye en nosotros y quienes nos rodean. Finalmente, cuando vemos que no es posible acabar para siempre con él, se puede caer en una depresión o al menos a un estado de ánimo deprimido que nos hace perder el sentido de la alegría.

El dolor es el síntoma más frecuente percibido por la población. Diversos estudios epidemiológicos realizados en los países desarrollados ponen de manifiesto que su prevalencia es muy elevada, variando en función del periodo analizado, desde el 7% en el día de la entrevista, 49% en los últimos 6 meses y 82% durante toda la vida. (Bonica, 1999)

Tanto la definición del dolor crónico como su estimación en la población general ha sido muy variable en función del área y población estudiada. Elliott y cols en un estudio realizado en la población general en 3.605 personas, establece que el 46,5% de la población presenta dolor o molestias que han persistido de forma continuada o intermitente por un periodo superior a tres meses. Cuando estos mismos autores analizan la prevalencia de dolor crónico en función de su

impacto definen que un 14% de la población general sufre de dolor crónico con necesidad de tratamiento y un 6% de personas presentan un dolor crónico severo con alta discapacidad y limitación grave. (Gómez, 1994).

Así pues, el dolor crónico ejerce efectos perniciosos tanto en la salud física como en la salud mental, actividades de la vida diaria, empleo y bienestar económico de una parte significativa de la población general. Asimismo, constituye uno de las principales motivos de consulta sanitaria y causa gran parte de los costes sanitarios en los países desarrollados.

Uno de los factores responsables de que una parte de la población desarrolle un síndrome de dolor crónico incapacitante es la resistencia a las terapias farmacológicas simples, físicas o quirúrgicas. Esta refractariedad, unida al reconocimiento de la importancia que tiene la interacción entre los factores psicológicos y el proceso biológico en el dolor y la incapacidad condujo, a partir de 1973 y liderados por Fordyce, a la creación de programas terapéuticos multidisciplinares cuyas metas principales eran, además del alivio del dolor, la disminución del déficit funcional y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Posteriormente se produjo un salto cualitativo cuando diversos autores coincidieron en señalar que el abordaje orientado a la reincorporación laboral es esencial para el éxito del tratamiento dirigido al tratamiento del dolor asociado a incapacidad laboral.

Durante estos últimos años se han publicado numerosos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no maligno, que muestran la creciente aceptación de este tipo de tratamiento por parte de los sistemas de atención sanitaria de los países occidentales.

La composición de un equipo multidisciplinar del dolor crónico y sus tareas está bien descrita por R. Ruiz-López en la literatura castellana. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), cabe recordar que en el tratamiento del paciente con dolor crónico incapacitante, el equipo multidisciplinar debe incluir a un médico especialista en el tratamiento del dolor con amplios conocimientos del aparato locomotor y neurológico, un

psicólogo, un especialista en terapia ocupacional y un fisioterapeuta, aunque puede haber otros como enfermera, consejero vocacional, asistente social, etc.

Las misiones básicas de la evaluación son el establecimiento de un diagnóstico exhaustivo de la fuente de dolor y los mecanismos de producción, valoración física de la fuerza, flexibilidad, resistencia y limitaciones existentes a nivel músculo-esquelético, determinación de la presencia de una enfermedad psicológica que pueda afectar la experiencia de dolor, la evaluación del sufrimiento asociado y su interacción con variables presentes en el seno familiar o sociolaboral, valoración del uso de habilidades de afrontamiento, análisis del puesto de trabajo y actividades del hogar, disfunciones ergonómicas, disrupciones vocacionales o laborales, oportunidades y estrategias, entre otras. (Gómez, 1994).

Tras la evaluación, el equipo de forma conjunta debe decidir las posibilidades de revertir el síndrome de dolor crónico incapacitante. Durante este proceso, además de revisar los diferentes criterios de gravedad clínica y factores de mal pronóstico conocidos, es imprescindible detectar aquellas situaciones en las que la incapacidad está principalmente determinada por aspectos distintos al dolor (*patología orgánica múltiple, psicopatología mayor –riesgo de autolisis, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno grave de la personalidad–, edad <18 años y >60 años), dependencia farmacológica primaria, rechazo del tratamiento multidisciplinar*) o aquellas en las que los cambios en el entorno familiar y social son de tal magnitud que dificultan significativamente el abordaje de la reincorporación laboral a corto plazo. Estas situaciones son de difícil control y, por tanto, conllevan escasas posibilidades de éxito. Su aplicación como criterios de exclusión o selección en un programa de tratamiento multidisciplinar con orientación de vuelta al trabajo, han sido descritos en la literatura nacional e internacional, definiéndose su utilización en no crear falsas expectativas a los pacientes con peor pronóstico terapéutico, evitar esfuerzos baldíos al equipo terapéutico y beneficiar al pagador al mejorar la eficiencia del proceso. (Moix, Canellas, Girvent, Martos, Ortigosa, Sanchez, Portell, 2004).

González (2003):

La continuidad del dolor puede producir ansiedad social. Si impide la actividad normal, puede llegar a generar un sentimiento de inutilidad y

de no sentirse necesarios. Si se esfuerza en luchar contra ello y que nada cambie, se puede llegar a intentar mantener niveles de actividad similares a los que se tenía cuando no se sentía el dolor.

Además del daño físico, el dolor lleva asociados una serie de procesos psicológicos tan desagradables, duros y amenazantes como el propio dolor y que se unen indisolublemente a él. Para entender estos fenómenos hay que distinguir bien entre dolor y sufrimiento (p 20-22).

El sufrimiento es una reacción afectiva producida por un estado emocional.

La reacción emocional asociada al sufrimiento puede ser mucho más intensa e insoportable que un fuerte dolor físico.

Se ha visto como el propio dolor puede generar una reacción afectiva que incrementa el sufrimiento asociado a él, generando una serie de sentimientos insoportables que se mezclan y se hacen indistinguibles del propio dolor.

El dolor crónico es un síntoma somático; pero también una defensa frente a conflictos, una forma de manifestar el fracaso o las necesidades, una manifestación de afectos o relaciones, una conducta resignada frente a la indefensión, una rendición ante la monotonía. (Torres y cols., 1997).

Soucase, Monsalve y Soriano (2005):

En la década de los setenta, en el campo de la medicina, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías, dando lugar al modelo biopsicosocial de la enfermedad.

A partir del modelo biopsicosocial se resaltarán la necesidad de no sólo tener en cuenta los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales de la enfermedad. Centrándonos en el campo de estudio del dolor crónico, será la teoría de la compuerta del dolor, y la posterior teoría de la neuromatriz, las que impliquen el desarrollo de un modelo integrativo en la evaluación y tratamiento del dolor, con la consecuente sustitución de los modelos unidimensionales por modelos multidimensionales que abarcan tanto los aspectos fisiológicos del dolor como los psicológicos y sociales. (Donker, 1991).

En este sentido, diferentes estudios han resaltado la importancia de variables psicológicas, como son por ejemplo los factores cognitivos, la forma en que las



personas significativas reaccionan cuando este comunica su dolor, incluyéndose también entre los factores que pueden influir en el dolor y en la incapacidad consecuente el constructo de afrontamiento.

Centrándonos en el afrontamiento al dolor y en las relaciones entre creencias, afrontamiento y adaptación al dolor, distintas dimensiones han sido estudiadas, por ejemplo: estilo atribucional, autoeficacia, expectativas de resultado, locus de control, control sobre el dolor, errores cognitivos, entre otras, mientras que en relación a las estrategias de afrontamiento al dolor en general, diferentes estudios han identificado estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas en relación con el dolor, como puede ser el reposo, una mayor atención sobre el dolor, la catastrofización o el pensamiento desiderativo, encontrándose asociaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas, es decir, que implican un manejo directo del dolor, e índices de ajuste físico y psicológico. (p.8).

Por medio de las investigaciones realizadas en este campo, según el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), en el estudio de Soucase, Monsalve y Soriano (2005): los resultados muestran que, el nivel de dolor informado por los pacientes oscila entre moderado e intenso, percibiendo que su dolor supera sus propios recursos para hacerle frente, y percibiéndose a sí mismos con una baja autoeficacia para manejar, controlar o disminuir el dolor, siendo este un factor incapacitante y limitante en su vida diaria. Las estrategias de afrontamiento ante el dolor más utilizadas por los pacientes, han sido la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, mostrando puntuaciones en ansiedad y depresión moderadamente elevadas. A nivel predictivo, tanto la ansiedad como la depresión es explicada mayoritariamente por variables de valoración siendo el elemento más importante en la predicción de la ansiedad la represión emocional, mientras que en el caso de la depresión, la variable más relevante en su predicción será la valoración de pérdida (lo que uno antes podía hacer o disfrutar y ahora no). En palabras de los investigadores Moix y cols. (2004) “Los resultados encontrados indican que existen diferencias significativas en cuanto a la ansiedad y los grupos de investigación”. (p3).

B. Moioli y L. A. Merayo<sup>1</sup>

Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria) que provocan importantes consecuencias en las relaciones sociales y familiares. (p3)

Según estudios realizados se encuentran relaciones estadísticas entre el neuroticismo y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y comorbilidad psiquiátrica; por otro lado se encuentran evidencias de que los pacientes con dolor crónico generan evitación al daño, es decir, están buscando elementos que le eviten dolor. Igualmente se ven diferencias significativas entre géneros, las mujeres generan más síntomas depresivos y ansiosos, neuroticismo, mientras que los hombres son más extrovertidos. (Infante, 2002).

La experiencia de dolor se debe entender como personal y privada en la que confluyen distintos componentes de naturaleza desigual. El conocer cuáles son los componentes del dolor sin determinar su alcance o su particular contribución a un caso concreto, de un paciente concreto, no permite una óptima planificación de la intervención. Por lo que, entonces, el proceso evaluativo de la influencia de todos y cada uno de los factores subyacentes fisiológicos, sociales y psicológicos, a determinada experiencia de dolor, es el que argumenta, da sentido y significado al tratamiento. (Collado y cols., 2004)

Según Melzack (1983), hay una “evidencia impresionante de que el dolor está influenciado por actividades cognitivas o del sistema nervioso central superior, que puede ser etiquetado como determinante del control central del dolor”. Se ha apreciado desde hace mucho tiempo que la ansiedad, el temor, trastornos psicológicos, motivación, sugestión y placebos, atención y otros estados emocionales pueden influir mucho en el dolor.

El dolor crónico puede ocasionar estrés y malestar al causar incapacidad laboral y dificultades económicas, alteraciones en el funcionamiento personal habitual y en las relaciones, problemas de sueño, falta de soporte social adecuado y uso excesivo de tranquilizantes o analgésicos. Las diferencias individuales para percibir y responder al estrés están relacionadas con factores cognitivos

personales que incluyen el control percibido, el foco de atención, las atribuciones y expectativas, y el afrontamiento cognitivo, entendiendo por tal las respuestas cognitivas y comportamentales en un suceso estresante, que influyen en la capacidad personal para adaptarse a él.

Dentro del ámbito de la psicología se plantean diversos modelos que explican el dolor; de los más importantes se encuentran la aproximación psicodinámica, sistémica, neuropsicológica, gestáltica y cognitiva-conductual. (Gil-Monte, Peyró, 1979).

Los trabajos realizados, pertenecen al modelo de condicionamiento operante; el de Fordyce (1976-1978), está considerado como el que tiene mayor impacto en el tratamiento del dolor, y parte del concepto, de que el dolor no es directamente observable, diferenciado entre la experiencia privada de dolor observable y conducta de dolor cuantificable o manifiesta. Sólo el último es considerado sensible de modificación debido a que es la forma como el paciente comunica el dolor y sufrimiento. Este autor, señala las siguientes conductas de dolor: quejas verbales del sufrimiento ocasionado por el dolor, signos no verbales, posturas y gestos en el cuerpo y limitaciones en el funcionamiento o incapacidad. (p.21)

Keefe, Gil y Bose (1986) señalaron desde una perspectiva evolutiva que “inicialmente la respuesta al dolor produce cambios en el comportamiento que tienen relación con la dolencia. Si el dolor persiste por meses el paciente entra en una etapa precrónica donde los modelos de conducta parecen estar permanentemente afectados”. Después de entre 6 meses y un año con dolor el paciente entra en un estado crónico donde el nivel de actividad es bajo presentando alteraciones significativas en los patrones de interacción social. De esta forma la conducta de dolor que inicialmente se corresponde con la patología presentada, evoluciona debido a refuerzos sociales, extinguiéndose los patrones positivos de conducta.

En la aproximación cognitiva se pretende examinar cómo los factores cognitivos se combinan o interactúan con factores sensoriales para definir el dolor. Se trata de determinar, cómo la persona se enfrenta psicológicamente con el estrés, dependiendo de su valoración de las situaciones. Todo ello, de acuerdo con la percepción anticipatoria de la persona de evaluar las consecuencias de los

acontecimientos y los recursos disponibles para enfrentarse con la amenaza, estando inscrito dentro de un proceso cambiante. Podemos decir que las estrategias eficaces de afrontamiento dependen de las habilidades personales, no siendo suficiente poseer importantes conocimientos. La persona debe creer que las posee y que es capaz de recurrir a ellas cuando las necesita. Bandura (1977) denomina esta última noción auto-eficacia personal (Self-efficacy). Así pues, las expectativas de eficacia pueden también determinar la cantidad de esfuerzo que invertirá y cuánto tiempo resistirá enfrentándose a la experiencia aversiva. Las estrategias de afrontamiento se agrupan en dos: las que intentan inicialmente alterar la valoración de la situación de dolor y las que intentan diversificar la atención fuera del dolor. Los modelos de estrés y afrontamiento están siendo satisfactoriamente utilizados para explicar las diferencias en los niveles de ajuste entre los pacientes con dolor crónico. (Miró, 2003).

Desde esta perspectiva, el dolor es considerado como un importante agente estresor que es necesario afrontar eficazmente para, en la medida de lo posible, minimizar dicha experiencia.

A pesar del gran interés que ha generado el componente cognitivo del dolor crónico por sus importantes efectos sobre el dolor, no existe evidencia empírica acerca de cuáles son las características de los pensamientos ante el dolor. La relevancia de los pensamientos adoptados por los pacientes con dolor también se ha puesto de manifiesto en los estudios de Boston, Pearce y Richardson (1990); los resultados obtenidos confirman, correlaciones positivas entre pensamientos de desamparo y nivel de dolor, y además, el distres emocional y la conducta de dolor aparecen asociados positivamente con los pensamientos negativos.

La catastrofización, una forma de afrontamiento, actualmente es vista como un constructo multidimensional que considera elementos de rumiación, magnificación y desesperanza. (González, 2002).

Según Maestro (2001): “En las últimas dos décadas, la catastrofización ha emergido como uno de los más importantes y confiables predictores psicológicos en la experiencia de dolor”. (P1-10). A la fecha, se ha observado una relación

entre catastrofización y dolor en diferentes poblaciones, por ejemplo, pacientes con artritis, cáncer, diabetes, miembro fantasma y dolor de espalda baja.

El programa de tratamiento multidisciplinar diseñado específicamente para pacientes con dolor crónico no maligno incapacitante incluye como objetivos Princ.pales: la mejoría del dolor, el alivio del sufrimiento asociado, la reducción de la incapacidad funcional y la reincorporación laboral.

El tratamiento incluye técnicas médicas para el control del dolor (administración de fármacos por vía oral, local, regional y/o epidural, y bloqueos neurales periféricos); terapia cognitivo-conductual (técnicas de entrevista motivacional, técnicas de autocontrol emocional mediante relajación muscular progresiva de Jacobson y biofeedback, modificación de las conductas relacionadas con el patrón de conducta de propensión al dolor, técnicas de distracción, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad), terapia física (cinesiterapia progresiva y supervisada, y técnicas pasivas como crioterapia o TENS), y terapia ocupacional (individual y en la empresa) en las que se incluyeron actividades de mantenimiento, entrenamiento progresivo en la capacidad funcional del paciente para las actividades cotidianas básicas e instrumentales y de ocio, simulación laboral, adquisición de tolerancia física y perceptiva frente al trabajo; modificación de los factores de riesgo, rediseño del puesto de trabajo e introducción de ayudas técnicas. (Muñoz, 2002).

Así, dos metanálisis recientes que analizan la influencia de los programas multidisciplinarios en la reincorporación laboral, concluyen que, efectivamente, producen un cambio significativo ( $p=0,005$ ) en la situación laboral, y consiguen una tasa de reincorporación laboral del 42% en pacientes que no habían respondido previamente al tratamiento convencional tras un seguimiento medio de más de un año. Este dato se completa con la observación de que la diferencia entre las tasas de empleo tras el seguimiento entre los pacientes tratados y los controles fue de aproximadamente un 50% a favor de los primeros. También hemos podido observar que los resultados terapéuticos permanecen estables durante el seguimiento a pesar de la recaída de algunos pacientes durante el primer año. Estos datos coinciden con el estudio de Maruta y cols. , en el que se efectúa la serie más larga de seguimiento durante 13 años, y en el que se señala la

estabilidad de los efectos del tratamiento y el mantenimiento de la situación laboral activa hasta en un 50% de los casos tratados.(Plata, Castillo, Guevara, 2004).

Históricamente han sido tres las teorías que han intentado explicar las bases y los mecanismos del dolor: La teoría sensorial o de la especificidad, la teoría de la intensidad o de la sumación y la teoría del control de entrada o de la puerta.

La Teoría sensorial o de la especificidad tiene como concepción la teoría mecanicista fruto de las doctrinas de las energías específicas de Müller, la cual sostiene que el dolor es un sentido específico como la vista o el olfato, con su propio aparato periférico y central; fue formulada por Schiff (1858) que consideraba al Tálamo como el órgano primario de integración de la sensación dolorosa; sin embargo la evidencia clínica, psicológica y fisiológica vino a demostrar que esta teoría no era válida, sobre todo para el dolor crónico. (Penzo, 1988).

la Teoría de la intensidad o de la sumación que fue enunciada por Goldscheider en 1894, indicando que los estímulos capaces de producir dolor deben ser de una intensidad determinada y, además, estimular receptores específicos, de modo que la intensidad del estímulo, por sumación de aferencias y el resumen central, son los determinantes críticos del dolor.

Sin embargo las clásicas observaciones de Pavlov (1928) y de Beecher (1959) tras la batalla de Anzio en la II Guerra Mundial, demostraron que el dolor es una experiencia multidimensional por lo que se precisaban modelos integradores para su explicación. (Fordyce, 1978).

Por último la teoría de la puerta, ya antes mencionada, propuesta en 1965 por Melzack y Wall, indica que los fenómenos del dolor están determinados por interacciones en tres sistemas de la médula espinal: las células de la sustancia gelatinosa del asta dorsal, las fibras nerviosas de la columna dorsal que se proyectan hacia el cerebro y las primeras células de transmisión central del asta dorsal; de este modo la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula que actúa como una puerta que impide o no el paso de los impulsos nerviosos, que proceden de los nociceptores y del córtex; así el grado con que la puerta incrementa o disminuye la transmisión

de impulsos nerviosos está en función de la actividad de las fibras sensoriales aferentes y de las influencias descendentes de las áreas centrales del córtex. (Melzack, 1965).

Esto supone que la percepción del dolor no está influida solamente por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro que pueden incrementar, atenuar o bloquear los mensajes ascendentes.

Así se presenta el dolor como una experiencia tridimensional, en la que interactúan factores fisiológicos y psicológicos en tres dimensiones: La dimensión sensorial-discriminativa cuya función es la de transmitir la estimulación nociva (térmica, mecánica, química) de los nociceptores, y explica su intensidad y localización: Esta dimensión es la más periférica de la percepción del dolor. La dimensión motivacional afectiva recoge los aspectos emocionales del dolor, calificándolo como desagradable y aversivo o no, lo que puede elicitar conductas de ansiedad, depresión y/o de escape. Esta dimensión está mediada por estructuras inmediatas como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo. La dimensión cognitivo evaluativa alude a variables tales como la atención, las creencias, sugestión, valores culturales, etc. hacia el dolor.

Esta dimensión se localiza a nivel cortical.

A través de esta evolución histórica hemos visto como el dolor es una experiencia más cercana a las emociones y cogniciones que a una mera sensación, que, como tal, no puede reducirse a la mera nocicepción (proceso neurológico de transmisión del dolor): de este modo el dolor crónico puede estar causado por la *nocicepción*, estar asociado a algún proceso de *denervación* (dolor central), deberse a *causas psicológicas* (ansiedad o depresión) o *factores conductuales* (conducta de dolor) o a *la interacción de todos los aspectos mencionados*. (Melzack, 1983).

Así Steve y Ramírez (2003) distinguen cuatro niveles de complejidad creciente: nocicepción, dolor, sufrimiento y conducta de dolor; la nocicepción ocupa el nivel más elemental; en el segundo nivel tenemos el dolor que sería la experiencia provocada por la percepción de la nocicepción íntimamente relacionada con aspectos emocionales (ansiedad, depresión, ira, etc); después

tendríamos el sufrimiento como una respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor, y otras situaciones tales como es el estrés, la ansiedad, la depresión, la pérdida de seres queridos, etc; llegando, por último, a las conductas de dolor que veremos a continuación. Por tanto el dolor puede ser debido a la nocicepción, a causas psicológicas o a fenómenos puramente conductuales aso-ciados con el aprendizaje.

Entre diferentes teorías del manejo de dolor crónico se puede referir a un artículo de Vander Hofsta, y Quiles (2001) en el que se manejan las diferentes técnicas utilizadas hoy en día por psicólogos al tratar este mal como un daño permanente de la sensación de dolor.

Se consideran tres aproximaciones fundamentales al problema: Desde el área de lo fisiológico, con tratamientos como el entrenamiento en relajación y el bio feedback, y *su* objetivo es el control de los factores fisiológicos que subyacen en la génesis del trastorno; la perspectiva del condicionamiento operante, basada en los principios del aprendizaje del mismo nombre, que se orienta fundamentalmente a eliminar las conductas de dolor, sustituyéndolas por otras más adaptadas y la orientación según Caballo (2000) cognitivo-conductual, que modifica los factores afectivos y cognitivos de la respuesta de dolor, utilizando la técnica de la inoculación de estrés.

Así mismo, se enfatiza la necesidad de realizar una adecuada evaluación previa para identificar las conductas que necesitan ser modificadas y las variables que controlan su ocurrencia.

Por último, se consideran otras aportaciones desde la psicoterapia, la terapia de apoyo y especial-mente desde la hipnosis, con intervenciones cada vez más eficaces.

El interés por la contribución de los factores psicológicos a la experiencia dolorosa ha traído con-sigo el desarrollo y la aplicación de múltiples técnicas, siendo característica común de las diferentes aproximaciones la consideración del dolor como un tras-torno multideterminado.

Se han realizado desde diversos enfoques, que difieren tanto en el objetivo del tratamiento como en las técnicas aplicadas. Las tres aportaciones funda-mentales



proviene: a) desde el área de lo fisiológico; b) desde el condicionamiento operante (CO), y c) desde la perspectiva cognitiva conductual.

Según Fordyce (1976): la primera aproximación se dirige a romper el circuito dolor-tensión-dolor y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión mediante técnicas de autocontrol fisiológico. Desde el enfoque operante se pretenden modificar las consecuencias positivas que obtiene el paciente con la conducta de dolor (como la atención de sus familiares) y resolver los problemas derivados del exceso de incapacidad y las expresiones de sufrimiento del su-jeto.

Por su parte, la aproximación cognitivo-conductual considera la forma en que los pacientes construyen su mundo y atribuyen significado a sus eventos.

Así, en el tratamiento se incluyen los aspectos afectivos y cognitivos de la experiencia dolorosa.

El tratamiento del dolor se debe fundamentar en un completo proceso de evaluación conductual sobre los tres sistemas de respuesta: a) conducta motora externa; b) conducta cognitivo-verbal, y c) conducta fisiológica.

El objetivo es identificar los comportamientos que necesitan ser modificados y las variables ambientales y/o del organismo que controlan su ocurrencia. Para ello se han desarrollado diferentes técnicas y estrategias, desde la entrevista conductual hasta escalas y cuestionarios, pasando por la auto-observación y los registros fisiológicos.

La relajación hace parte de uno de los procesos psicoterapéuticos en el dolor. Se incluye en la práctica la totalidad de los programas de intervención, excepto en los de diseño basado estrictamente en el CO. Si bien no terminan de quedar claros los mecanismos subyacentes, este procedimiento se sigue recomendando debido a su comprobada utilidad clínica.

El supuesto básico es que la tensión muscular juega un papel destacado en algunos síndromes dolorosos, desarrollándose un círculo vicioso de tensión-dolor-tensión. Esto supone que ante una lesión dolorosa se produce una respuesta de tensión muscular en la zona afectada que, en caso de cronificarse, puede por sí misma aumentar el dolor, lo que contribuirá a incrementar la tensión, y así sucesivamente.

Las técnicas de relajación tienen por objetivo interrumpir el círculo vicioso y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión.

Otra razón que justifica el uso de estas técnicas es el hecho de que la concentración en las tareas de relajación hace que el paciente focalice su atención en éstas, lo que lo hace incompatible con la atención a la experiencia del dolor, resultando beneficioso para el sujeto.

El primer argumento resulta meramente fisiológico, mientras que el segundo supone un primer escalón al abordaje cognitivo, aunque excesivamente simplista.

Otros supuestos teóricos que contribuyen a explicar la efectividad de las técnicas de relajación son: Relación entre ansiedad y dolor; si la ansiedad potencia la percepción del dolor, al disminuir los niveles de ansiedad del paciente, también se disminuirá la sensación dolorosa. Autocontrol fisiológico; la relajación produce en el sujeto un cierto sentido de control sobre el funcionamiento fisiológico, contribuyendo a incrementar la percepción de competencia y de dominio personal del paciente.

Los procedimientos de relajación tipo Jacobson consisten básicamente en la práctica regular y programada de una serie de ejercicios de contracción y distensión de diferentes bloques musculares, cuyo número se va reduciendo progresivamente, al tiempo que el sujeto intenta concentrar su atención sobre las sensaciones que experimenta en los diferentes grupos musculares conforme va realizando los ejercicios.

La práctica continuada permite diferenciar entre las sensaciones de tensión y distensión y relajar los músculos de forma voluntaria, al tiempo que el sujeto es capaz de concentrar su atención sobre esas sensaciones (García, Herrera, Aguilar, 2002).

El entrenamiento en relajación se ha aplicado en casi todos los síndromes dolorosos, como dolor de espalda, artritis, dismenorrea, dolor del miembro fantasma, colitis ulcerosa aunque ha sido en las cefaleas donde se ha utilizado con mayor asiduidad ya que reduce los índices clínicos (frecuencia y severidad) comparados con los niveles previos de línea base. Los resultados en general son positivos en el sentido que se aprecia una mejoría en un porcentaje significativo

de pacientes tanto si se utiliza como una técnica específica de dolor o como una estrategia de autocontrol fisiológico general.

En las intervenciones terapéuticas casi siempre se combina la relajación con otras técnicas, lo que no permite analizar la efectividad de cada estrategia por separado.

Para Benito, G y cols. (2003) el biofeedback es otro modelo de intervención. Por biofeedback se entiende un conjunto de procedimientos cuyo objetivo común es posibilitar que a partir de la información relativa a la variable fisiológica de interés, proporcionada al individuo de forma inmediata, puntual, constante y precisa, éste pueda terminar consiguiendo la modificación de sus valores de forma voluntaria, sin precisar la mediación de instrumentos químicos, mecánicos y/o electrónicos. Así pues, se trata de técnicas de autocontrol de las respuestas fisiológicas, que operan a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario. El elemento clave e imprescindible del proceso es la información, directa, precisa y constante que el su-jeto recibe sobre la variable fisiológica de interés.

Sus aplicaciones en el ámbito del dolor crónico se refieren fundamentalmente a la modificación de la tensión muscular y los beneficios potenciales sobre las alteraciones del flujo sanguíneo. El tipo de biofeedback más utilizado para hacer frente a los problemas de dolor es el electromiograma (EMG), que recoge información sobre los cambios eléctricos de la musculatura estriada, generalmente por medio de electrodos en contacto con la piel situada por encima del músculo.

Su utilidad terapéutica frente a los problemas de dolor reside en los supuestos siguientes: Existen algunos síndromes de dolor crónico que están producidos por trastornos psicofisiológicos, como la tensión en las cefaleas tensionales; las variables psicofisiológicas implicadas en la etiología del dolor son conocidas y se las puede someter a control voluntario; El control de la respuesta se consigue con la información que se facilita del órgano relevante.

A través del entrenamiento con biofeedback, el sujeto será capaz de reconocer algunos factores situacionales que están relacionados con la aparición de respuestas inadecuadas y que en el futuro podrá controlar.

Las habilidades adquiridas durante el periodo de entrenamiento pueden ser generalizadas al ambiente natural del paciente. Las áreas de aplicación son variadas, aunque el dolor más habitualmente tratado mediante la utilización de técnicas de biofeedback EMG ha sido el dolor de cabeza. Los resultados de los diferentes estudios confirman su efectividad en el tratamiento del dolor, sin embargo ésta parece ser inferior a la obtenida con las técnicas de relajación. Por otra parte, no queda claro si se debe a los mecanismos que supuestamente deberían actuar o está más relacionada con los que se han venido a denominar factores inespecíficos del biofeedback.

Casi cualquier programa de tratamiento recoge en todo o en parte la filosofía del CO, teniendo en cuenta que su objetivo no es incidir directamente en la nocicepción ni en la percepción del dolor, sino mejorar la funcionalidad del paciente, reduciendo su incapacidad

De acuerdo con Olivares y Méndez, (1998) las técnicas de CO se basan en los principios del aprendizaje del mismo nombre, que predicen un aumento de la probabilidad de una respuesta al ser seguida por un reforzador o consecuencia positiva. Desde este enfoque se considera que las conductas de dolor son comportamientos, y como tales, pueden ser condicionados y aprendidos si son reforzados por el ambiente. Por tanto, las técnicas operantes empleadas en los tratamientos parten de la hipótesis de que las conductas de dolor de los pacientes están influidas de forma sistemática por el refuerzo social. En este contexto, los procedimientos operantes están encaminados a reducir la discapacidad asociada a los problemas de dolor. Aunque es habitual que muchos pacientes informen de una reducción del mismo tras la aplicación de estas técnicas, el decremento del dolor per se no es el objetivo principal de estos métodos de intervención.

El programa de tratamiento de CO para disminuir la incapacidad incluye: a) el apoyo del médico; b) la interrupción de toda medicación innecesaria; c) el incremento de la actividad física, y d) la implicación de todos los miembros de la familia en el refuerzo de la actividad física pero no de la incapacidad. Habitualmente utilizan el refuerzo de comportamientos incompatibles con la conducta que se pretende eliminar, así como la extinción de las mismas y el refuerzo de los comportamientos que se desea potenciar. En general, los trabajos

realizados confirman la efectividad del tratamiento. Queda por clarificar si es útil para todo síndrome doloroso y para cualquier paciente, ya que el hecho de que algunos pacientes sean capaces de controlar las conductas de dolor, no significa que todos puedan.

El objetivo de las técnicas de la aproximación cognitivo-conductual es modificar los aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor, dotando al paciente de estrategias que le permitan reducir su intensidad y aversividad, de manera que sus actividades conductuales y cognitivas resulten mínimamente alteradas ( Miro, 2002).

Habitualmente se realiza una selección de los candidatos a ser sometidos a terapias cognitivo-conductuales, no siendo admitidos a tratamiento, entre otros, los pacientes que no cooperan en el tratamiento o asumen una actitud excesivamente pasiva, los que no comprenden los principios de la terapia o aquéllos que presentan trastornos neuróticos y psicóticos, lesiones extremadamente importantes o toman una medicación que dificulta su capacidad de concentración y atención.

Un programa de tratamiento cognitivo-conductual suele ser perfilado en cuatro fases interrelacionadas: a) selección en base a unos criterios previos; b) evaluación (análisis funcional de conducta); c) intervención, y d) seguimiento.

El tipo de intervención más utilizado desde la aproximación cognitivo-conductual es el denominado entrenamiento en inoculación de estrés.

Esta técnica, se dirige a modificar los aspectos cognitivos- evaluativos del dolor, sin olvidar los componentes motivacionales y sensoriales. Consta de tres fases, que son: a) fase educacional o de conceptualización; b) fase de adquisición y entrenamiento de habilidades específicas, y c) fase de puesta en práctica ( Chambless, 2001).

Según Caudil (1998) la Psicoterapia trata de que el paciente elabore su conflicto psicológico por medio de una dinámica analítica, ya sea individual o de grupo. Resulta muy recomendable para los sujetos que presentan una problemática psicológica profunda relacionada con el dolor.

Existe muy poca investigación con relación a la eficacia de estas orientaciones en el tratamiento del dolor, y ésta parece indicar que sólo la

psicoterapia dinámica breve puede ser provechosa. Por tanto, este tipo de aproximaciones resultan de poca o ninguna utilidad en este contexto.

En la terapia de apoyo se pretende que el paciente exteriorice sus problemas para lo que el terapeuta proporcionará un clima de confianza, en el que valorarán de forma conjunta las posibles soluciones a los conflictos. El médico también interviene, en un primer momento, dando una explicación sencilla sobre la naturaleza y expectativas de la enfermedad.

El dolor crónico, como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante, se conceptualiza desde el modelo del análisis procesual del estrés (Lazarus y Folkman, 1986) como situación estresante. Las repercusiones del dolor crónico pueden ser numerosas, y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma.

Se asume, por tanto, que ante la amenaza resultante del padecimiento del dolor los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos.

Dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas con respecto a los recursos de que dispone, o cree que dispone.

El objetivo perseguido, en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza percibida.

Aunque los estudios acerca de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos ante sucesos vitales importantes y ante la enfermedad han sido prolíficos durante los últimos 20 años, es limitada la información que tenemos acerca de cómo se afronta el dolor crónico. Sin embargo, en este contexto, varios autores argumentan que las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación al dolor crónico incluyen conductas encaminadas a aliviar el dolor (afrontamiento conductual), y ciertos procesos cognitivos como reinterpretar o ignorar las sensaciones de dolor y distraerse del mismo (supresión de emociones

negativas). Catastrofizar es, posiblemente, el caso más claro de estrategia de afrontamiento que predice un mayor grado de malestar asociado al dolor crónico. (Soucase, Monsalve, Soriano, 2005)

De nuevo en el contexto más amplio del estrés, varios autores defienden que el análisis de la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y ciertas variables de personalidad, ayuda a comprender y explicar por qué ciertos factores de personalidad se relacionan a su vez con el nivel de adaptación de los sujetos sometidos a situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984; Hewitt y Flett, 1996; Martin et al., 1996; David y Suls, 1999; DeJong et al., 1999). Desde esta perspectiva, y alejado de los argumentos propuestos por Lazarus y Folkman (1986), se propone un modelo acerca de la relación entre estas tres variables (personalidad, afrontamiento y adaptación), tal y como aparece en la Figura 1.



*Figura 1.* Modelo de relación entre personalidad, afrontamiento y adaptación.

Este modelo asume que la personalidad determina las estrategias de afrontamiento que utilizará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez, las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación (Hewitt y Flett, 1996). Los estudios que se enmarcan dentro de este modelo, evalúan la posible relación entre los niveles de una determinada variable disposicional de personalidad y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento. Concretamente, estos trabajos tratan de determinar si ciertas variables de personalidad llevan a utilizar estrategias de afrontamiento que conducen a un bajo nivel de adaptación. En este sentido, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el neuroticismo, y los resultados de las mismas muestran la existencia de una relación significativa entre altos niveles de neuroticismo y estrategias de afrontamiento que predicen una adaptación deficiente.

Así, encontramos evidencia empírica que apoya un aumento en la probabilidad de que los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo utilicen

estrategias de afrontamiento poco eficaces, como el catastrofismo, en el manejo del estrés. De hecho, parece que el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento modula la relación entre el neuroticismo y el malestar psicológico.

Concretamente, en el ámbito del dolor crónico como situación estresante, según Affleck y cols (1992), el catastrofismo, como estrategia de afrontamiento poco eficaz, media en la relación entre el neuroticismo y la intensidad del dolor percibida. En la actualidad, los estudios acerca de la relación existente entre los rasgos de personalidad y el grado de adaptación de los pacientes con dolor crónico se centran principalmente en el análisis de la interacción entre neuroticismo, estrategias de afrontamiento y variables situacionales. En este sentido, varios estudios encuentran relaciones significativas entre el neuroticismo y ciertas variables relevantes en el ámbito del dolor crónico como las evaluaciones cognitivas que los pacientes realizan respecto al significado de dicho dolor, la intensidad de dolor percibida, la represión emocional, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento (Maestre, Za-razaga, Martínez, 2001)

Arnoff y cols. (2002) afirman que: Cualquier intervención sanitaria ha de basarse en una correcta evaluación. Consideramos que la evaluación psicológica aporta información valiosa para todos los profesionales, no solamente para el psicólogo. En determinados pacientes, la evaluación psicológica resulta más que recomendable y se vuelve necesaria para que el resto de profesionales pueda realizar su intervención con éxito (p. 20).

Algunos casos en los que médicos, enfermeras y rehabilitadores necesitarían partir de la evaluación psicológica para realizar su actividad serían los siguientes: pacientes que viven malestar psicológico significativo (ansiedad, depresión, ira), pacientes con importantes limitaciones funcionales, pacientes cuya situación ha generado relaciones poco satisfactorias o estresantes en la familia, trabajo, grupo de amigos, pacientes dependientes de la ayuda exterior (familiares, personal sanitario) o del tratamiento farmacológico, pacientes que abusan del empleo de los servicios públicos de salud o que han acudido a profesionales privados en busca de determinado diagnóstico o intervención.



Miro (2003) refiere que la importancia de la evaluación psicológica en estos casos radica en que permite estimar la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la experiencia de dolor de cada paciente. De este modo se logra identificar a aquellos que previsiblemente no obtendrán todo el beneficio esperable de la intervención médica.

Respecto a la actitud con la que procede, cabe destacar que a muchos pacientes les resulta chocante que se le derive a un psicólogo para tratar un problema de dolor crónico. En efecto, la visión que tiene mucha gente del dolor es la de un fenómeno completamente fisiológico y no entienden por qué han de ser evaluados o tratados en otros aspectos. A su vez, muchos pacientes pueden creer que se les esté tachando de enfermos mentales o de simuladores. La experiencia ha mostrado que es útil orientar la primera consulta con frases como “buscamos comprender cómo el dolor influye en la vida”, y “ayudar a que puedan llevarlo algo mejor”. Esta estrategia orienta la conversación hacia la experiencia general del paciente, y permite derivar progresivamente a los aspectos psicológicos concretos pertinentes en cada caso. Es importante en la primera entrevista delimitar en qué situación está viviendo el enfermo y las personas de su entorno, sin ahondar demasiado en los rasgos de personalidad del paciente que puedan estar mediando en el dolor y su afrontamiento.

La figura 3, ilustra un algoritmo de trabajo de evaluación psicológica que se puede seguir para la realización de una primera entrevista.

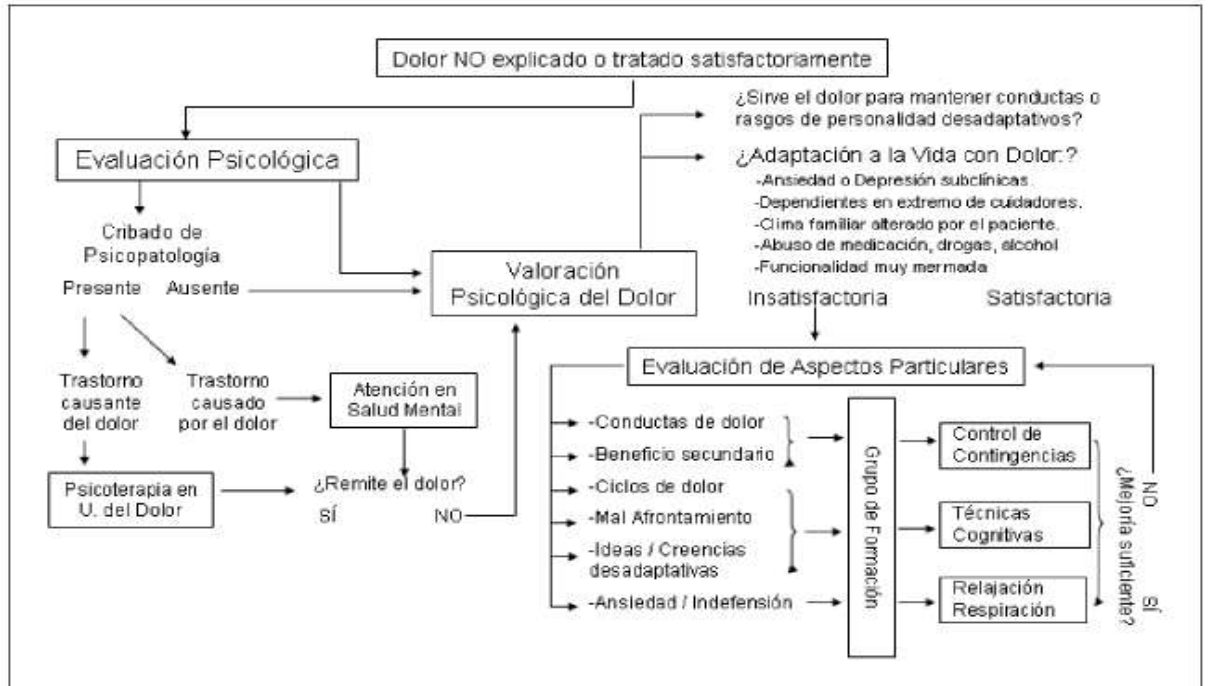


Fig. 1. Algoritmo de trabajo en nuestra Unidad.

Fig. 3. Algoritmo de trabajo de primera entrevista tomado de Arnoff y cols (2002).

Es necesario hacer un recorrido exhaustivo con cada paciente por todos los posibles campos relacionados con el dolor, lo que hace muy aconsejable contar con algún esquema (quizás un cuestionario) que permita guiar la entrevista sin dejar ninguna laguna. Más adelante, las posibles intervenciones psicológicas sobre el dolor se basan en información muy precisa, lo que implica que el resto del trabajo de evaluación utilice registros o autor registros, pero nunca más entrevistas.

De acuerdo con Miró (2003) en el proceso de evaluación se pueden adaptar u obviar ciertas pruebas, pero nunca se puede renunciar a la entrevista.

La primera sesión incluye un cribado de psicopatología para aquellos pacientes que muestren más indicios de padecerla.

Los familiares, que frecuentemente acompañan a los enfermos a la consulta, aportan información muy útil respecto a la adaptación de éste a su entorno (Gil-Monte, Peyró, 1997). Resulta muy productivo evaluar al paciente en solitario y, más tarde, acompañado de algún familiar (entrevistar a los familiares sin que el paciente esté presente no es adecuado para la posterior relación terapéutica). Es

frecuente ver diferencias entre lo que relata el paciente y la versión que dan sus acompañantes; la entrevista conjunta permite hacerse una idea más amplia del problema y dar a cada aspecto abordado una valoración más ponderada.

El resto de esta primera entrevista se dedica a indagar los aspectos psicológicos típicamente relacionados con el dolor. En función de ellos se estimará el grado de adaptación al dolor en la vida del paciente.

Se debe tener en cuenta algunas características para la evaluación del dolor como el curso del dolor, es decir, cómo evoluciona diariamente y anualmente; pedir a pacientes con dificultad de expresión que dibujen un gráfico, o que evalúen de 0 a 10 el dolor en la mañana, tarde, noche (escala visual análoga); limitaciones laborales, sociales, personales, etc., que ha conllevado el dolor (atender especialmente a qué cosas evita conscientemente para no sufrir dolor); circunstancias en las que mejora o empeora la experiencia de dolor (se refiere a aquellas que no dependen de su voluntad, como estados afectivos, vacaciones, etc.); estrategias del paciente para combatir el dolor, muy importante el uso que hace de los fármacos, sueño y descanso, drogas y alcohol. Conocer las estrategias del paciente para adaptarse a la vida con dolor, es muy interesante para indagar los beneficios secundarios que obtiene y conocer la contribución de otras personas a la adaptación del paciente a su entorno; las expresiones que el paciente genera ante el dolor son las más importantes para la intervención ya que son las que limitan su vida cotidiana; el apoyo social percibido por el paciente, tratar de saber cómo los familiares evalúan su trato con el paciente; es importante conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar y el impacto que ha supuesto que un miembro padezca dolor; conocer los ciclos de dolor ya que es frecuente que la forma en que se afronta el dolor tenga una misma consecuencia para determinados aspectos de la vida del paciente, la que tiende a perpetuarse formando ciclos de dolor-inactividad-dolor, dolor-ansiedad-dolor, dolor - depresión-dolor, o dolor-tensión muscular-dolor (Quero, Fernández, Gálvez, 1998).

También es frecuente tratar a pacientes cuya personalidad influye de modo determinante sobre el modo como afrontan el dolor, por ejemplo personalidades histriónicas y antisociales. Estos sujetos suelen acudir simulando síntomas con

intereses rentistas. No es frecuente que se adhieran a intervenciones psicológicas, y suelen rehusar la evaluación.

Dado que no todos los pacientes van a recibir un tratamiento individual, es importante aprovechar la evaluación para empalmar con ellos y mostrarles apoyo y comprensión respecto a la carga afectiva que conlleva la vida con dolor. Independientemente del grado de malestar que sufren los pacientes, es muy positivo que perciban cierto alivio en ese ámbito. De este modo se asegura una mayor confianza en los recursos psicológicos y más adhesión al tratamiento.

Cabe señalar que la actitud empática y la relación de apoyo que se constituye con los pacientes no se pueden considerar como herramientas psicoterapéuticas (Philips, 1991). Los pacientes que padezcan trastornos psicológicos han de recibir una terapia independiente al tratamiento orientado al dolor crónico, aunque sea este un factor importante en el trastorno.

De cara a maximizar la eficiencia del trabajo del psicólogo, en los primeros contactos con cada paciente se toma toda la información necesaria para basar la intervención. Es importante no dejar pruebas "pendientes" de administrar antes de empezar ningún tratamiento, dado que la evaluación psicológica es un proceso continuo y conviene hacer al principio el trabajo más laborioso y rutinario que conlleva el cribado de psicopatología, lo referente a la situación social y la evaluación de la adaptación a la vida con dolor. De este modo, en las futuras sesiones no se evaluarán (previsiblemente) más que las variables relevantes para cada intervención.

Cuando la valoración se repite varias veces al día, o durante el periodo de tratamiento del dolor, las puntuaciones podrán utilizarse para la elaboración de gráficas o perfiles de dolor. Las escalas más utilizadas son: escala analógica visual (EAV) que ha sido ampliamente utilizada en la clínica; consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm, con los dos extremos rotulados como "No dolor" y "Peor dolor posible". Se solicita al paciente que marque en la recta de la escala el punto que representaría el nivel del dolor experimentado en el momento de la valoración; para los niños esta escala se construye con caras que representan por su expresión, la intensidad del dolor; escalas numéricas, que son similares a la EAV, puntuando del 0 al 100; escalas verbales de medida, en las que el paciente

valora su dolor con base en una escala similar a la EAV, con la que podrá darse una puntuación partiendo del valor cero si el paciente no tiene dolor; los test multidimensionales consideran el dolor de manera multidimensional, midiendo no solo la intensidad de la respuesta, sino también la cualidad del dolor y sus efectos sobre otras variables sociales y psicológicas, los más utilizados son el McGill Pain Question-naire (MPQ), que es el de mayor difusión y consta de cuatro partes diferentes. La primera parte consiste en una figura humana dibujada sobre la que el paciente indicará la localización de su dolor, la segunda parte, conocida como PRI (Pain Rating Index) o índice de valoración del dolor, consta de 78 adjetivos divididos en 20 grupos de palabras, agrupados en cuatro categorías que representan las cualidades del dolor; de la lista de palabras que aparecen en el cuestionario, el paciente selecciona aquellas que mejor describen su dolor, derivándose de éstas la valoración tanto cualitativa como cuantitativa del mismo; la tercera parte investiga la evolución del dolor y el tratamiento analgésico utilizado; la cuarta parte es el denominado PPI (Present Pain Index) o índice de intensidad del dolor, que viene dado por la combinación número-palabra elegido como indicador de la intensidad del dolor en su conjunto. Cada número estará asociado a una palabra: 0, no dolor; 1, ligero; 2, molesto; 3, angustioso; 4, horrible; 5, atroz. La versión española del MPQ consta de 65 adjetivos agrupados en 19 subclases, de las cuales 15 recogen aspectos sensoriales, 3 emocionales y 1 valorativos; esta dividido en tres categorías generales: categoría sensitiva-emocional, categoría evaluativo-temporal y categoría evaluativa. La forma simple del MPQ (SF-MPQ), consta de 15 palabras representativas de la forma completa del MPQ, 11 de la dimensión sensorial y 4 de la afectiva; cada adjetivo se puntúa por el paciente en una escala de 0 a 3; otros cuestionarios multidimensionales son el cuestionario de Clare Philips, las entrevistas estructuradas, el QLS (escala de calidad de vida) y el GRA (escalas adaptativas)(Vallejo, Comeche, 1994). Existen otros cuestionarios que proporcionan información sobre la intensidad del dolor, el nivel de actividad, la percepción del dolor y el control personal del dolor; entre los más usados se incluyen el Psy-chosocial Pain Inventory, el Dartmouth Pain Question-naire, el Coping Strategies Questionnaire, el McGill Comprehensive Pain Questionnaire y el West Have-Yale Multidimensional Pain Inventory.

Es importante anotar que las escalas americanas y europeas no pueden ser aplicadas directamente en nuestro medio, sino que deben ser modificadas por el terapeuta en su interpretación.

Los abordajes conductuales basados en la observación de conductas que acompañan a la experiencia dolorosa, son de gran utilidad para medir el dolor en niños que todavía no hablan, adultos con limitaciones del lenguaje y cuadros de confusión mental.

En la exploración clínica y el examen físico habitual son esenciales una completa exploración neurológica y una exploración exhaustiva de la localización en la que el paciente refiere el dolor.

Para Steve (2003) las exploraciones complementarias habitualmente se apoyan en pruebas de imagen y neurofisiológicas. El EMG suele ser muy útil en dolor neuropático. La gammagrafía ósea y la termografía suelen emplearse para valorar al paciente con Síndrome Regional Complejo. La teletermografía suele ser útil en los dolores mantenidos por el sistema simpático. La flujometría por Láser Doppler es muy útil en la valoración del dolor isquémico. La radiología convencional, la Tomografía Computadorizada y la resonancia magnética son útiles para valorar el dolor osteomuscular y visceral. La analítica ayudará a diagnosticar cuadros funcionales y metabólicos. (Hosftadt y Uiles, 2001).

El concepto de enfermedad como situación inherente al ser humano, a lo largo de los siglos ha tenido tantas interpretaciones como corrientes científico-filosóficas puedan haberlo intentado; sin embargo, desde un punto de vista integral podríamos señalar que salud y enfermedad corresponden a los extremos de un mismo continuo que no pueden ser concebidos en forma aislada, sino más bien, en una situación de estrecha interrelación entre ambos y en cuya génesis intervienen un extenso abanico de factores, de cuya acción resultará la inclinación de la balanza hacia uno de los dos polos.

La enfermedad no puede por tanto, ser considerada como una simple agrupación de síntomas y signos o un cúmulo de procesos fisiológicos alterados o la percepción de una serie de disturbios físicos, puesto que, ella ocurre en un ser pensante que alberga temores y esperanzas, que tiene sueños y dudas, que tiene proyectos vitales por cumplir, que aspira realizaciones específicas en función de

sus valores, sus creencias y las alternativas que le proporciona el medio que le rodea, y que por otro parte, en el trance de la pérdida de su salud aspira encontrar alivio, consuelo y ayuda (Fieles, 1987).

En este contexto entonces, es necesario puntualizar que los enfoques sobre salud y enfermedad no pueden ser agotados en su concepción estrictamente biológica, debido a que, ésta representa tan sólo uno de los múltiples elementos que integran una dimensión más amplia de un proceso dinámico y complejo, que en su desarrollo va sufriendo la influencia de diversos factores de tipo social, cultural, religioso y económico, entre otros.

La faceta social de la enfermedad no sólo se refiere a las causas de deterioro de las condiciones básicas de vida que intervienen en su aparición, sino también a las formas como ella se presenta y se expande, a la manera como puede ser comprendida y enfrentada y a los métodos de organización comunitaria para su erradicación y, de acuerdo a Breilh y col (2003), se refiere finalmente a la localización del problema en su espacio real de origen, de expresión y de posible comprensión. Por otra parte, tanto la vida como la muerte son hechos de carácter social y el elemento que usualmente media entre ellas es la enfermedad, la cual se inicia en el terreno individual para alcanzar luego una connotación colectiva en la cual se perpetúa, puesto que, el sujeto enfermo nunca constituye un ente aislado sino que forma parte de un grupo familiar y comunitario; de tal manera que la enfermedad es una circunstancia que se origina, se manifiesta, se expande y se enfrenta colectivamente de acuerdo a las vinculaciones establecidas entre los integrantes del grupo desde el punto de vista económico, ideológico, filosófico, religioso y científico.

Gómez (1994) en su trabajo *Antropología Médica*, señala que "la salud es el resultado del desarrollo pleno, del arraigo total, de la seguridad y la felicidad, de la posibilidad de una realización íntima, integral y total" y que "la enfermedad perturba siempre la totalidad del ser humano". En concordancia con ese pensamiento, señalaremos entonces que cuando una persona pierda su salud experimentará sensaciones de desagrado, malestar, inseguridad, tristeza y eso en definitiva, conforma la existencia del sufrimiento, que se expresará en una o en

todas sus vertientes: a. sufrimiento o dolor físico y b. sufrimiento psicológico o social, el cual se acompaña de un sentimiento de minusvalía o de rechazo social.

A lo largo de nuestra experiencia vital, el dolor representa una de las realidades que seguramente habremos de enfrentar en uno u otro momento de ese discurrir biológico, puesto que, como seres humanos siempre estaremos expuestos a la amenaza de agresión de otros elementos de la naturaleza, de origen biológico o no, animados o inertes, ante los cuales se hará evidente la fragilidad de nuestro cuerpo. De acuerdo a la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) éste se define como "una sensación desagradable y una experiencia emocional asociadas con una lesión tisular, actual o potencial, o descrita en términos de dicha lesión" (Moix y cols., 2004).

Si analizamos la anterior definición podemos observar que ella va más allá de la conceptualización de un síntoma, puesto que contempla la participación del componente emocional como uno de los elementos fundamentales del mismo, y por consiguiente, implica una percepción consciente de la situación y, la interpretación que cada persona realizará de esa vivencia es lo que determina la sensación de sufrimiento de tal manera que pudiéramos resumir que éste puede ser definido como una expresión emocional negativa frente a una experiencia física dolorosa.

Nuestra condición humana, por otra parte, al dotarnos de esa extraordinaria capacidad perceptiva nos permite discernir acerca de otras causas de sufrimiento distintas del dolor físico, las cuales constituyen su vertiente espiritual expresada a través de una sensación de vulnerabilidad, minusvalía, temores, incertidumbres y ruptura de la integridad emocional. (Gomez, 1993).

Las consideraciones anteriores nos llevan a establecer que el sufrimiento es una percepción subjetiva e individual y por consiguiente, susceptible de ser influenciada por la cultura, la religión, la vida espiritual del sujeto, los factores sociales, el entorno del individuo, los cuales determinarán que sea percibido como una situación temporal y pasajera, como una oportunidad para adquirir sabiduría, experiencia, fortaleza y valor ante la vida o por el contrario, como un evento destructivo enfrentado desde una visión fatalista y de derrota.



El abordaje del sufrimiento puede realizarse desde un punto de vista estrictamente científico, con una visión objetiva, cuantitativa, fría, externa al problema, pretendiendo formular hipótesis y comprobar teorías, que permitan la explicación racional de los fenómenos y la descripción y análisis de los factores que la han originado.

En otra perspectiva, la evaluación del sufrimiento puede también ser emprendida desde una vertiente esencialmente humana, tratando de indagar en las profundidades del torbellino interior que se desencadena en el enfermo, investigando las características y expresiones de las vivencias individuales y colectivas que ese hecho ha originado, intentando comprender desde el punto de vista cualitativo lo que el otro siente, sumergiéndose en el epicentro del dolor ajeno (Torres y Michelngeli, 2003).

## Referencias

- Alvares, D., Fitzgerald, M. (1999). Building blocks of pain: the regulation of key molecules in spinal sensory neurons during development and following peripheral axotomy. *Pain*. 6 (3) pps 71-85.
- Arnoff G., Gallagher, R., Feldman, J. (2002) *Evaluacion biopsicosocial y tratamiento del dolor cronico*. (3ed) Harcourt.
- Benito, G., Nadador, V., Fernandez, J., Hernandez, J., Ruiz, M., Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las clínicas del dolor: una propuesta desde la experiencia de la unidad del dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Revista de la sociedad española de dolor*. 13(4) pps 254-262.
- Bennett, G. (1994). *Neuropathic pain, in textbook of pain*. (3 Ed) New (3 Ed) New York: Livingstone.
- Bonica, J. (1990). *The management of pain* (2ed) Philadelphia: Lea & Phebiger.
- Buendia, J. (1991). *Aspectos psicológicos del dolor cronico*. (5ed) Madrid: Paidos.
- Caballo, V. (2000). *Manual de psicología aplicada* (5ed) Madrid: Buela-Casal.
- Caudil, M. (1998). *Controle el dolor antes de que el dolor le controle a usted*. (2ed) Barcelona : Paidos
- Chambless, D., Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual review of psychology*. 52(1) pps 685-716.
- Collado,A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-Lopez, R., Munoz-Gomez, J. (2004).Trataiento multidisciplinar en pacientes con dolor cronico en situación laboral. *Revista de la sociedad española de dolor*, 11 (4) pps 15-22.
- Devor, M. (1991). Neuropathic pain and injured nerve, peripheral mechanisms. *British Medical Bull*. 47 pps 619-630.
- Dickenson, A. (1996). Pharmacology of pain transmission and control. *IASP press*. pps 113-121

- Donker, f. (1991). *Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico* (3ed)  
Madrid: Buena-Casal
- Dubner, R., Ren, K. (1999). Endogenous mechanisms of sensory modulation.  
*Pain*. 6(4) pps 45-53.
- Ferrante F. (1993). Acute pain management. *Anesth Analg* , 7 (3) pps 102-103
- Fields, H. (1987). *Pain*. (3 Ed) New York: McGraw-Hill.
- Fordyce W. (1978). *Learning process in pain*. New York: Raven Press
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain ilnes*. New York:  
Raven Press.
- García, F., Herrera, J., Aguilar, J. (2000). Tratamiento del dolor crónico en  
atención primaria. *Revista de la sociedad española de dolor*. 7(7) pps 453-  
459.
- Gil-Monte, P., Peiro, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de  
quemarse*. (2ed) Madrid : Paidós
- Gomez M. (1994). El control del dolor un poco más cerca. *Revista de la sociedad  
española de dolor*, 1 (2) pps 15-18
- Gomez M. (1994). El control del dolor un poco más cerca. *Revista de la Sociedad  
española del dolor*, 1(2)pps 15-19.
- Gomez, L. (1993). *Antropología médica*. (2 Ed). Valencia: Editorial Tatum.
- Gonzalez Carmora, F. (2002). Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aun no  
clasificado?. *Revista electronica de psiquiatria*, 3 (3) pps 1-10.  
Recuperado en: <http://ovid.com>, Mayo 3 de 2007
- Guyton, A. (2001). *Tratado de fisiología médica*. (10 Ed) Mexico: McGraw-Hill.
- Hosftadt, J., Uiles, M. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la  
psicología. *Revista de la sociedad española de dolor*. 8 pps 510-530.
- Infante Vargas, P. (2002). Estudio de variables psicológicas con dolor crónico.  
*Revista de la sociedad española de dolor*, 8 (2) pps. 8-20.
- Maestre, C., Zarazaga, R., Martínez A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y  
dolor crónico. *Revista de la sociedad española de dolor*. 17 (1) pps 129-  
137.

- Maestro, J. (2001). El dolor en el adulto mayor. *Revista Colombia medica*, 32 (4) pps 184-187
- Melzack R, Wall PD. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* , 150 pps 971-979.
- Melzack, R. (1994). *Pain*. (3 Ed) New York: Livingstone.
- Melzack, R., Wall, F. (1983). *The challenge of pain (2ed) New York: Babio Book*.
- Mioli., Merayo. (2005). Dolor cronico. *Revista de la sociedad española de dolor*, 12 (8). 20-25.
- Miro, J. (2003). *Dolor cronico: procedimientos de evaluacion e intervencion psicologica*. (3 Ed) Francia: Desclee de Brouwer.
- Moix., Canellas., Girvent., Martos., Ortigosa., Sanchez., Portell. (2004). Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor cronico. *Revista de la sociead española de dolor*, 11 (3) pps 12-11.
- Munoz, E. (2002). Modelo multidimensional del dolor cronico. *Revista de la sociedad española del dolor*. 39 pps 22-29
- Olivares, J., Mendez, F. (1998). *Tecnicas de modificacion de conducta*. (3 Ed) Madrid: Biblioteca nueva.
- Paille C. (1990), Vías de conducción del estímulo doloroso. *C. Paille, H. Saavedra*, 1 (2) pps 5-9
- Paille, C. (1990). El dolor, aspectos básicos y clínicos. *C. Paille, H Saavedra*, 1 (2)pps 31-47
- Parris W. (2002). *Tratamiento practico del dolor*. (3ed). Harcourt.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico: aspectos psicológicos*. (3 Ed) México: Martinez-Roca.
- Petersen, K., Basbaum, A. (1999). A second messengers, the substantia gelatinosa and injury-induced persistent pain. *Pain*, 6 (5)pps 12-16.
- Philips, H. (1991). *El tratamiento psicologico del dolor cronico*. (3 Ed) Madrid: Pirámide.
- Plata, M., Castillo, E., Guevara U. (2004). Evaluacion de afrontamiento, depresión ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor cronico. *Revista Mexicana de anestesiología*, 27 (1) pps 16-23.

- Quero, R., Fernandez, A., Galvez, R. (1998). Alteraciones psicologicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cáncer avanzado y dolor cronico. *Revista de la sociedad española de dolor*. 5(1) pps 8-16.
- Rodríguez, J. (2001). La psicología del dolor. *Revista de psicología de la salud*. 13(1) pps 5-24.
- Soriano., Monsalve. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor cronico reducido. *Revista de la sociedad española de dolor*. 11 (7) pps 20-23.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor cronico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor cronico. *Revista de la sociedad española de dolor*. 12(1) pps 8-16.
- Steve, R., Ramirez, C. (2003). *El desafío del dolor cronico*. (2 Ed) Malaga: Aljibe.
- Torres L.(1997). *Medicina del dolor* (2ed) Barcelona: Masson
- Torres, M., Michelangeli, A. (2003). Semiologia de la enfermedad en la pintura venezolana. *Revista medica de Caracas*. 111(3) pps 143-151.
- Vallejo, M., Comeche, I. (1994). *Evaluacion y tratamiento psicologico del dolor cronico*. (3 Ed) Madrid: Fundacion Universidad-Empresa.
- Vander Hofsta, C., Quiles, M. (2001). Dolor cronico: intervención terapeutica desde la psicología. *Revista de la sociedad española de dolor*, 8 (7) pps 504-509.