

Metrología psicológica en el dolor crónico

C. RIUS LLORENS

RESUMEN

Podríamos definir «una conducta de dolor» como toda forma de conducta observable generada por el individuo para expresar la existencia de dolor, incluyendo verbalizaciones, expresiones faciales, posturas corporales, búsqueda de atención médica, toma de medicación y/o rechazo a las tareas laborales.

El dolor crónico frecuentemente implica algunas limitaciones físicas que pueden dar lugar a múltiples «pérdidas» en la vida global de la persona.

Los pacientes con este síntoma frecuentemente presentan un acentuado malestar emocional, precisando en muchos casos, además de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.

El abordaje psicológico del dolor crónico requiere la evaluación detallada de todos sus componentes (fisiológicos, conductuales, cognitivos y emocionales) para poder entender el lugar y el papel que cada uno desempeña en el mantenimiento del trastorno.

Valorar al paciente de dolor crónico desde una perspectiva «biopsicosocial» del dolor nos permite un tratamiento individual para cada paciente con sus particularidades culturales en la expresión del dolor, teniendo en cuenta cómo los factores físicos y psicosociales han intervenido de una manera compleja en determinar la sintomatología del dolor.

Palabras clave: Dolor crónico. Factores psicológicos. Exploración psicosocial. Autoconfianza.

ABSTRACT

We could define pain behavior as any type of observable behavior in an individual used to express the existence of pain, including verbalization, facial expressions, body postures, seeking of medical attention, the taking of medication and/or rejection of work tasks.

Chronic pain frequently leads to some physical limitations that can cause numerous «losses» in a person's overall quality of life.

Patients with this symptom frequently present marked emotional suffering, and in addition to painkillers, they very often require antidepressants and anxiolytics.

The psychological approach to chronic pain management requires a thorough assessment of all of its components (physiological, behavioral, cognitive and emotional) in order to understand what place and what part each plays in the maintenance of the pain.

Using a "biopsychosocial" approach to pain to assess the chronic pain patient allows us to provide individual treatment to each patient, adjusted for cultural differences in pain expression, after taking into account how physical and psychosocial factors interact in a complex way to determine the pain symptomatology. (DOLOR. 2009;24:201-13)

Corresponding author: Carmen Rius Llorens, crius@santpau.cat

Key words: Chronic pain. Psychological factors. Psychosocial exploration. Self-confidence.

Dirección para correspondencia:

Carmen Rius Llorens
Psicología Clínica
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Mas Casanovas, 90
08025 Barcelona
E-mail: crius@santpau.cat

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años el concepto de dolor ha ido evolucionando; si anteriormente se creía que la presencia de dolor implicaba únicamente un daño físico, en la actualidad la ciencia nos ha llevado a la conclusión de que el dolor es algo más complejo y que las características específicas, es decir, biológicas y psicosociales de una persona influyen en cómo es percibido y comunicado el dolor.

La presencia de dolor, como síntoma de un daño físico es necesario y útil para el mantenimiento de la integridad biológica, es una señal de alarma que moviliza a quien lo siente, siendo esencial para el diagnóstico del problema y cumpliendo así una función adaptativa.

Es el dolor persistente, el que se mantiene a pesar de tratar las causas que lo originan, el que interfiere en la vida normal, familiar y laboral del paciente, es decir, en su calidad de vida, el que no cumple una función útil para el individuo, convirtiéndose a veces en el único problema, persistiendo en el tiempo y condicionando la vida del paciente y de los que están a su alrededor. En este caso hablaríamos de dolor crónico.

El dolor crónico es un trastorno universal, y en España lo sufre un 23,4% de la población (Català, 2002).

Antes de entrar a estudiar los posibles factores que intervienen en el proceso doloroso sería interesante diferenciar algunos términos muy usados en este contexto; así, diríamos que «nocicepción» es un fenómeno fisiológico, una experiencia puramente sensorial, mientras que el término «dolor» implica un proceso perceptivo, por lo tanto mucho más complejo y en el que intervienen los centros nerviosos superiores.

En general, el dolor aparece como una consecuencia de una estimulación nociva, por una lesión o herida, pudiendo esta sensación física implicar o no «sufrimiento», con significados e implicaciones internas y externas. Bonica, en 1990, definió el sufrimiento como «un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona».

En los pacientes con dolor crónico, tanto su integridad física como emocional, cognitiva, social y laboral están en peligro. Chapman y Garvin, en 1999, afirmaron que «algunos pacientes que experimentan dolor sufren porque el dolor cambia quienes son».

El dolor es una «experiencia subjetiva» que sólo es accesible para la propia persona, pudiendo estar determinada por un cúmulo de factores tales como la historia pasada del individuo, el significado que tiene la estimulación para el paciente, la situación en que se encuentra, las diferencias sociales y culturales, la actividad cognitiva del momento, los cuales interaccionan entre sí de una manera compleja.

La percepción del dolor, como resultado final, tiene su inicio en una estimulación sensorial, una modulación intermedia que le relaciona con aspectos comportamentales y motivacionales concretos y un nivel de integración superior a nivel cortical. La experiencia del dolor viene dada como un conjunto, como un todo, y resulta difícil determinar el protagonismo que cada una de sus dimensiones aporta al final.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (González, 1999) lo describe como «una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial».

ASPECTOS CONDUCTUALES DEL DOLOR CRÓNICO

La expresión del dolor puede estar relacionada con un tipo determinado de comportamientos o conductas que reflejan la tendencia a evitar la experiencia aversiva, y así proteger al organismo de un posible empeoramiento.

Podríamos definir una «conducta de dolor» como toda forma de conducta observable generada por el individuo para expresar la existencia de dolor, incluyendo verbalizaciones, expresiones faciales, posturas corporales, búsqueda de atención médica, toma de medicación y/o rechazo a las tareas laborales.

El uso excesivo de analgésicos, la vida sedentaria, la inactividad, la ausencia de contactos sociales, la búsqueda continuada de atención médica o las restricciones en el estilo de vida impiden que un paciente pueda recuperarse e incorporarse a la vida activa que tuvo alguna vez.

En ocasiones el paciente con dolor puede obtener algunos privilegios o ganancias secundarias, como por ejemplo atención social, compensaciones económicas, conseguir un horario laboral diferente, etc., o también evitar situaciones desagradables o indeseadas para la persona, pudiendo todo ello facilitar su incapacidad y limitación funcional, facilitando que estas conductas se perpetúen en el tiempo

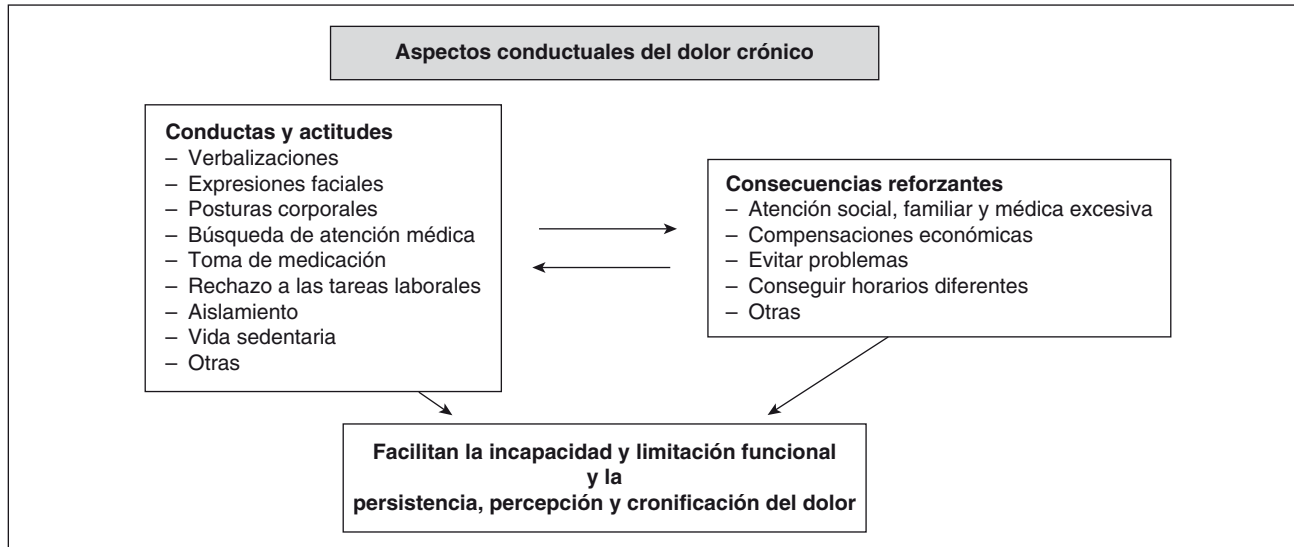


Figura 1. Aspectos conductuales del dolor crónico.

aunque desaparezca el dolor, si con ellas el paciente consigue mantener las consecuencias positivas que recibía durante su etapa de dolor.

La atención excesiva al paciente con dolor crónico puede reforzar las conductas de dolor; así, se puede constatar mediante estudios objetivos que en aquellos casos en que las parejas son atentas y se preocupan más por los pacientes, éstos informan de mayores niveles de dolor al creerse observados y también realizan menos actividades.

A veces el paciente puede centrar su vida en el dolor, siendo éste el único tema de conversación y de preocupación, de manera que la vida del paciente y de sus familiares gira en torno a éste, pudiendo afectar sus relaciones.

Asimismo, muchos pacientes tienden a reducir sus actividades. El estudio realizado por Wadell comprobó como la probabilidad de volver al trabajo en pacientes con dolor de espalda era inversamente proporcional al tiempo que llevaban inactivos.

En resumen, existen aspectos, conductas, actitudes y comportamientos que pueden facilitar la percepción y persistencia del dolor y su cronificación (Fig. 1).

ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico frecuentemente implica algunas limitaciones físicas que pueden dar lugar a múltiples «pérdidas» en la vida global de la persona.

Además de soportar el dolor día a día el paciente ha de aceptar que ya no es posible el proyecto de vida que se había construido, que no se podrán cumplir las expectativas y que el futuro deja de tener posibilidades.

Los pacientes con dolor crónico frecuentemente presentan un acentuado malestar emocional, precisando en muchos casos, además de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.

Diferentes estudios han constatado que existe una relación entre estado de ánimo y dolor. El estado de ánimo parece ser un buen predictor del éxito de intervenciones quirúrgicas, así como el estado de ánimo negativo parece predecir si al cabo de unos meses se va a cronificar una lesión. Asimismo, el malestar emocional, más que el dolor autoinformado, influye en el grado de incapacidad funcional de los pacientes.

La prevalencia de depresión en pacientes con dolor crónico es de un 30-54%. Además, no sólo presentan una mayor prevalencia de depresión cuando se les compara con la población general, sino también con otros pacientes crónicos sin dolor.

Podríamos preguntarnos: ¿aumenta el ánimo deprimido la sensibilidad al dolor?, o ¿es la experiencia del dolor crónico la que provoca la aparición del ánimo deprimido?, o ¿podrían ser el dolor y la depresión concomitantes puesto que comparten sustratos biológicos comunes? Se han realizado bastantes estudios en este sentido con diversidad de resultados. Algunos de ellos constatan que en algunos individuos el dolor precede a las emociones negativas, y en otros las emociones negativas preceden al dolor.

Numerosos estudios muestran que la ansiedad también está asociada de forma consistente al dolor crónico y que hay una asociación general entre ansiedad, dolor, discapacidad y conductas de dolor.

Los pacientes con dolor crónico suelen evitar realizar un gran número de actividades por «miedo al dolor», siendo esta conducta de evitación similar a una conducta fóbica. El miedo al dolor predice el nivel de actividad y el grado de discapacidad que padecen los pacientes mejor que la intensidad del dolor.

El miedo al dolor puede crear un estado de hipervigilancia hacia el estímulo doloroso, dando lugar a un aumento de la percepción del mismo.

En algunas ocasiones, el dolor también puede generar «agresividad» dirigida a los demás, ya sean familiares, amigos o profesionales.

Diferentes estudios postulan que la represión emocional podría actuar aumentando la sensibilidad al dolor a través de la disminución de los opioides endógenos, y también que un 74% de los pacientes manifestaron ira hacia sí mismos y un 62% hacia los profesionales sanitarios.

La ira dirigida hacia sí mismos se asociaba con más dolor y depresión, mientras que la puntuación global en ira se relacionaba con una percepción de mayor discapacidad.

Algunos autores constatan que las consecuencias sociales negativas que tendría la expresión de la ira llevarían a estos pacientes a reprimirla, y la ira no expresada se canalizaría en forma de depresión y ansiedad, contribuyendo así a su aumento, o bien tendería a manifestarse a través de las conductas de dolor entendidas como una forma de queja socialmente aceptable.

Así, tanto la tristeza como el miedo o la ira son emociones que suelen concurrir en los pacientes con dolor crónico, por lo que se las suele agrupar en una sola dimensión: «el malestar emocional» o «afecto negativo».

Como señalan Chapman, inmediatamente después de la estimulación nociva se produce un procesamiento en paralelo masivo que integra las señales nociceptivas con otras representaciones, recuerdos y asociaciones. Así, los individuos a través de la experiencia con estímulos nocivos formarían un esquema en el que se representan al mismo tiempo las cualidades sensoriales y emocionales de la experiencia del dolor.

El esquema de dolor es un esquema de malestar que contiene tanto información sensorial como del malestar evocado por la experiencia. De esta manera, cuando se experimenta dolor, los aspectos sensoriales se procesan simultáneamente al miedo, la tristeza y la ira, y los estímulos nociceptivos activarían de forma automática las emociones negativas, y viceversa.

ASPECTOS COGNITIVOS DEL DOLOR CRÓNICO

Interpretación y evaluación

Una vez la información sensorial es integrada con los aspectos afectivos del dolor pasa al nivel superior de procesamiento, en el que el conjunto de información resultante es interpretada y evaluada en función de: 1) las creencias sobre el origen y significado del dolor; 2) las expectativas en la propia capacidad para solucionarlo; 3) el recuerdo de otras situaciones similares, y 4) la visión catastrófica de su dolor.

La forma como una persona percibe o evalúa una situación y como afronta la misma podría explicar el que pacientes que sufren las mismas enfermedades presenten diferentes grados de discapacidad o de dolor.

Las personas que tienen una visión catastrófica de su dolor son aquellas que evalúan su dolor como incontrolable, exageran las propiedades amenazantes del estímulo doloroso, y no pueden apartar su mente del dolor (Sullivan, 2002).

Asimismo, el pensamiento catastrófico no sólo afecta a los estados de ánimo sino a otros procesos cognitivos como la «atención» (Crombez, 2002) y la capacidad de «concentración» (Grisart y Van der Linden, 2001).

También es importante la valoración que la persona realiza sobre sí misma. Los pacientes que se consideran con menor competencia para solucionar problemas son los que sufren más dolor, más depresión e inadaptación (Kerns, 2002).

Según Turk y Okifuji (2002), aquellos sujetos con mayor «autoeficacia» deben movilizar más recursos y estrategias para afrontar su problema, piensan que su dolor es más controlable y experimentan menos ansiedad.

En resumen, es importante observar cómo un paciente evalúa su dolor y cómo lo afronta.

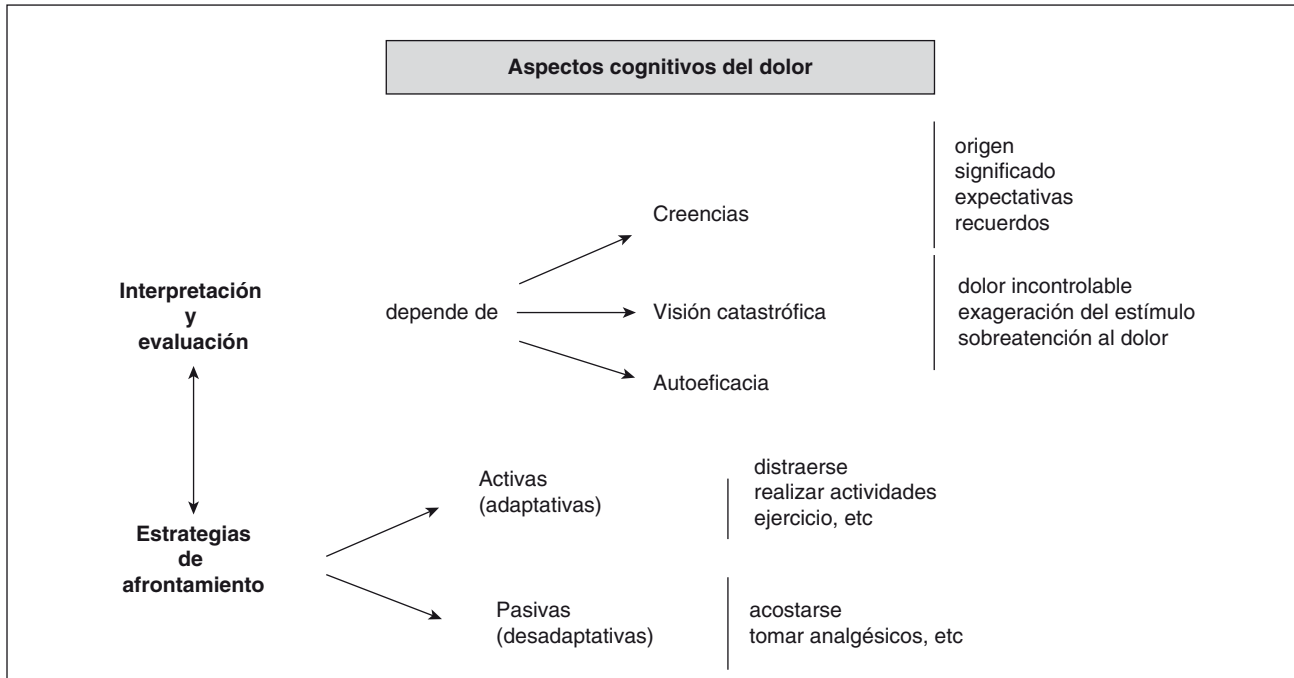


Figura 2. Aspectos cognitivos del dolor crónico. La percepción del dolor puede depender de cómo se interpreta y evalúa y de las estrategias de afrontamiento al mismo.

Estrategias de afrontamiento

Podríamos definir las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar una situación potencialmente amenazante, como sería el dolor.

Las «estrategias activas», como por ejemplo distraerse, realizar alguna actividad, ejercicio, etc. se consideran adaptativas para el paciente, ya que requieren que se responsabilice y actúe para manejar su dolor.

Las «estrategias pasivas», por el contrario, se consideran desadaptativas, ya que implican abandono, como por ejemplo acostarse, o porque el paciente no se responsabiliza, ubicando el control de dolor a fuentes externas como tomar analgésicos.

Diferentes estudios afirman que las estrategias de afrontamiento activas se relacionan con un mejor funcionamiento tanto físico como psicológico, mientras que las pasivas están relacionadas con un aumento del dolor y la depresión (Figs. 2 y 3).

El tipo de personalidad premórbida, aunque no sea precursora del dolor, puede influir en la manera como se interpreta y evalúa una situación estresante como es el dolor. Diferentes estudios constatan que parece estar asociada a la intensidad, gravedad y cronicidad del dolor, y que los pacientes con

niveles mayores de neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan.

En resumen, podríamos decir que el dolor crónico es un trastorno psicofisiológico en el que el problema fundamental se deriva de una adaptación inadecuada del individuo a su medio y que se manifiesta a través de alteraciones fisiológicas, conductuales, cognitivas y emocionales que interactúan entre ellas de diversas maneras para generar y/o perpetuar el problema.

ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

Requiere la evaluación detallada de todos sus componentes (fisiológicos, conductuales, cognitivos y emocionales) para poder entender el lugar y el papel que cada uno desempeña en el mantenimiento del trastorno.

Valorar al paciente de dolor crónico desde una perspectiva «biopsicosocial» del dolor nos permite un tratamiento individual para cada paciente con sus particularidades culturales en la expresión del dolor, teniendo en cuenta como los factores físicos y

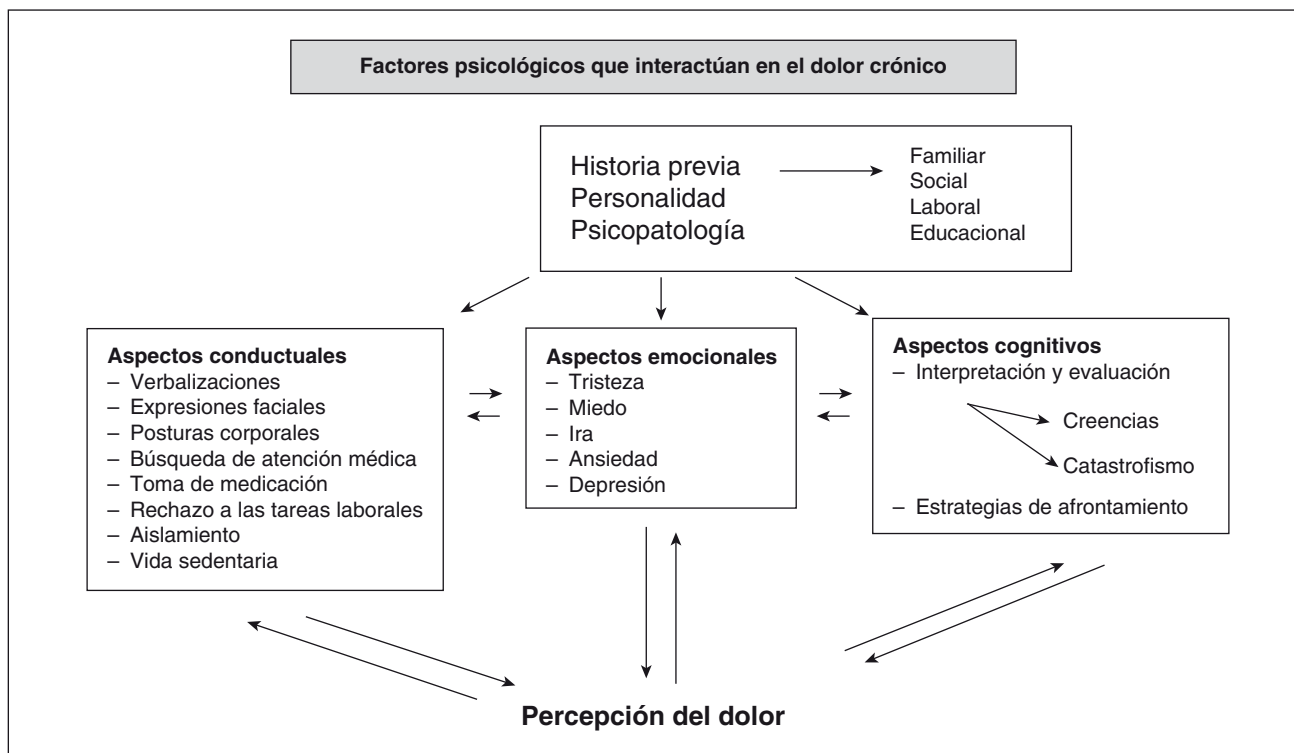


Figura 3. Factores psicológicos que interactúan en la percepción del dolor.

psicosociales han intervenido de una manera compleja en determinar la sintomatología del dolor.

Para poder elaborar un seguimiento individualizado del paciente con dolor crónico es necesaria una valoración global, es decir, historia y vivencia del dolor y de los comportamientos, pensamientos y emociones relacionados con el mismo, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas, recursos propios, apoyos familiares y sociales.

También es importante detectar la psicopatología y los aspectos psicosociales que puedan incidir en la evolución y la adherencia al tratamiento.

Para ello realizamos una entrevista psicodiagnóstica y administramos una batería de cuestionarios para, finalmente, si está indicada, realizar una terapia psicológica (Fig. 4).

Entrevista psicodiagnóstica

Es el punto de apoyo fundamental para todo el proceso de evaluación. Consideramos que la primera parte de la entrevista tiene una gran importancia, porque en ella se genera y desarrolla un vínculo de colaboración que va a condicionar la participación del paciente, no solamente en las exploraciones sino

en la adherencia al tratamiento que finalmente será indicado. En este sentido, se realiza una entrevista no dirigida, de forma que el paciente pueda expresar libremente todo lo concerniente a sus vivencias, tanto del dolor mismo como de las relaciones que tiene establecidas con su entorno, es decir, el encauzamiento de la entrevista se hará de la forma menos rigurosa posible.

La segunda parte de la entrevista es semiestructurada, y en ella se realiza la exploración del dolor, la exploración psicosocial y la exploración de la psicopatología (Fig. 5).

Exploración del dolor crónico

Para la valoración del dolor crónico y todo lo relacionado con él, utilizamos y hacemos cumplimentar la historia clínica del dolor fundamentada del *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), de R. Melzak.

Se trata de un cuestionario en que, junto con la recogida de los datos clínicos obvios en cualquier historia clínica médica, desde intensidades, fármacos utilizados, factores que mejoran o empeoran el dolor, y otros, destacaríamos que se aísla con precisión la incidencia que el dolor ha tenido y está teniendo en las áreas personales, sociales y laborales.

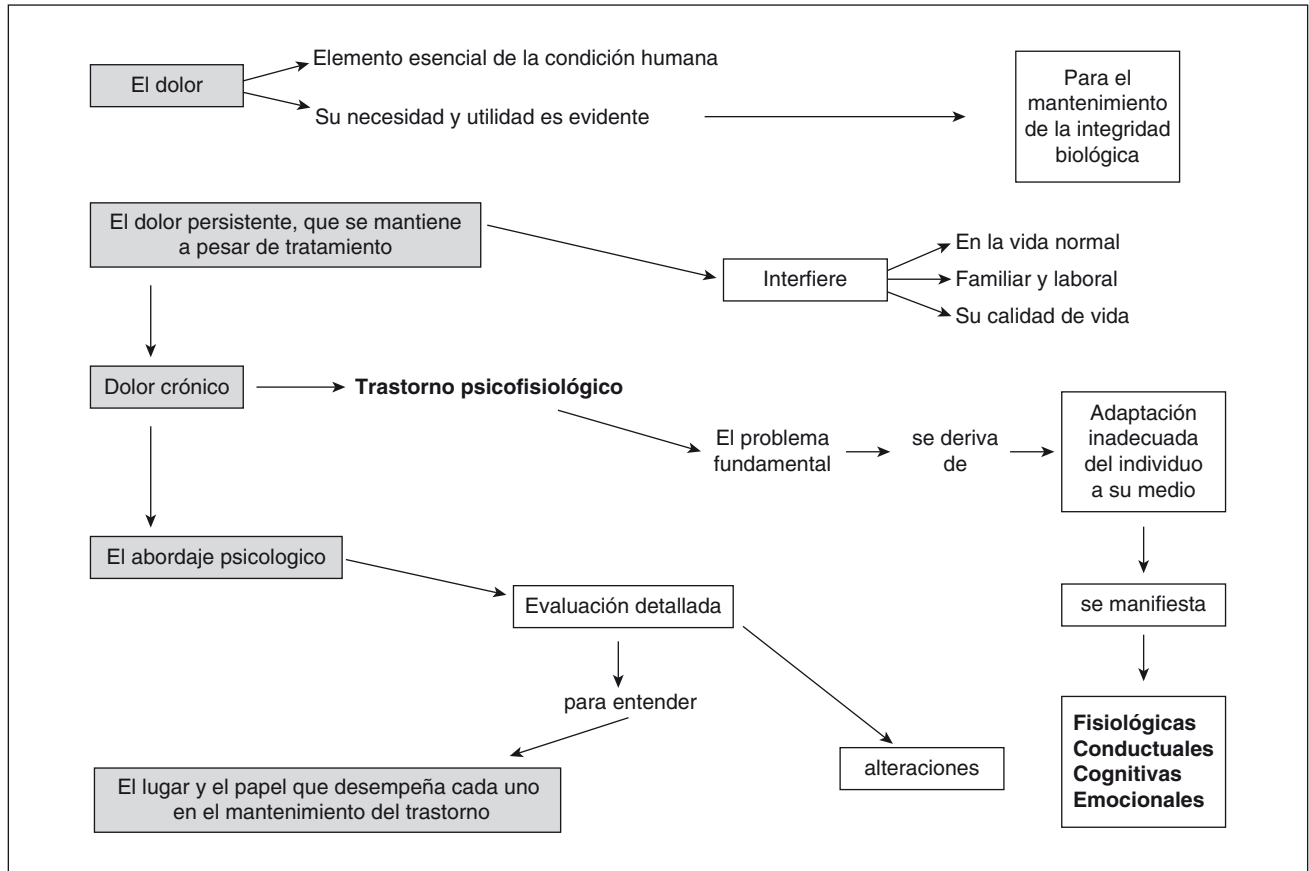


Figura 4. Abordaje psicológico en el dolor crónico.

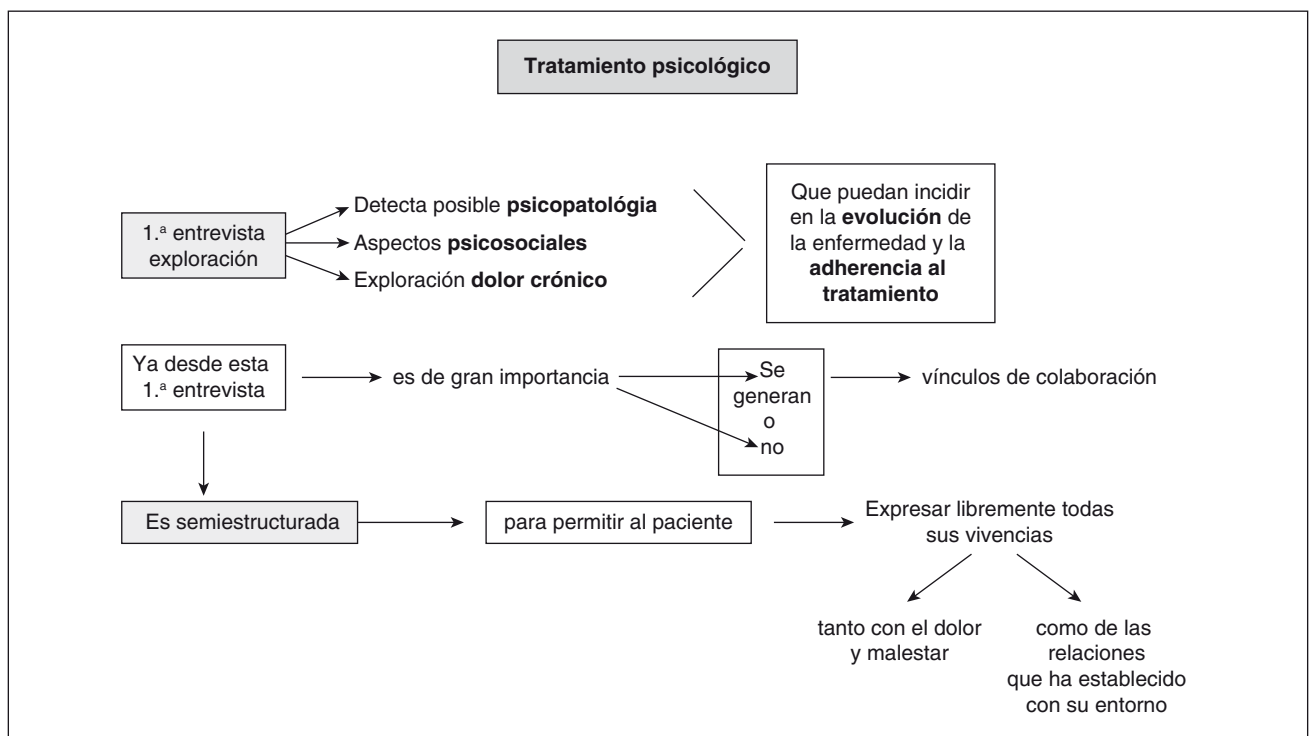


Figura 5. Abordaje psicológico: entrevista psicodiagnóstica.

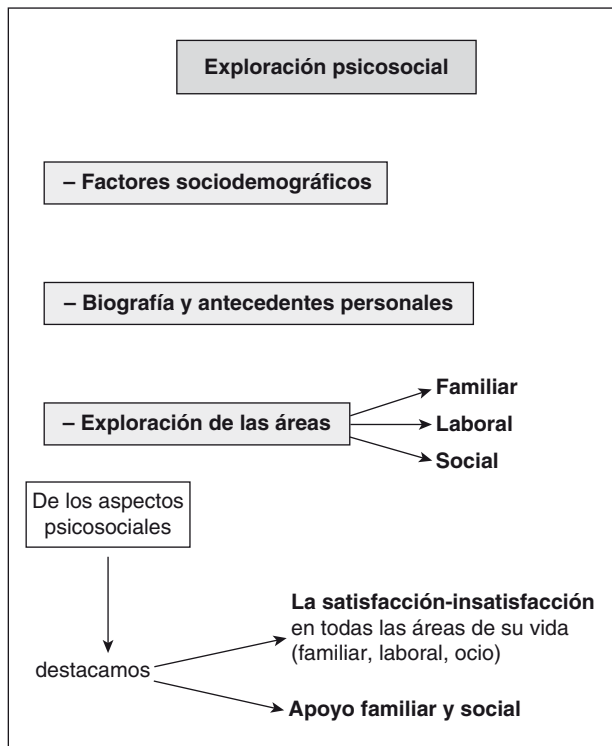


Figura 6. Exploración psicosocial: factores sociodemográficos, biografía y antecedentes personales y exploración de las áreas familiar, laboral y social.

Exploración psicosocial

Consiste en una exploración de todas las áreas de relación del paciente: factores sociodemográficos, área familiar, escolaridad y estudios, área laboral, amistades y relaciones sociales (Fig. 6).

Los datos sociodemográficos los recogemos en un cuestionario en el que destaca: lugar de nacimiento del paciente y, en el caso de no ser oriundo, el tiempo de inmigración, qué lugar ocupa en el conjunto familiar en el que vive, es decir, si es pareja, padre o madre, hijo/a, abuelo/a, y si tiene pareja, cuánto tiempo hace que conviven juntos, número de hijos y cuántos viven en casa; asimismo, a quién corresponde el cuidado de la casa y la carga económica, y si hay personas enfermas o delicadas que tenga que cuidar en la familia y si viven o no con el paciente. También recogemos el nivel académico del paciente y el de sus padres, así como su profesión y su situación laboral, es decir, si trabaja actualmente o si está en paro laboral o de baja por enfermedad o invalidez permanente, o si está jubilado.

Como antecedentes personales recogemos la biografía, considerando los datos más relevantes de su infancia, tanto físicos como emocionales.

También detallamos la vida en la escuela, el nivel de rendimiento y las relaciones con los compañeros y los maestros, haciendo una valoración del tipo de relaciones sociales que guarda el paciente.

En cuanto a los antecedentes familiares, se usa un diagrama en el que se recogen los datos familiares de parentesco, valorando el tipo de relación entre los miembros del conjunto familiar, proporcionando así una información genética y otra ambiental.

Todo ello nos dará información sobre el estilo relacional del paciente con su entorno próximo y social y así poder valorar también la posibilidad de apoyo familiar y social, de las capacidades de comprensión e intelectuales, creencias, valores y expresión cultural del dolor.

Exploración psicopatológica

Los dos cuadros psicopatológicos que intervienen más en el dolor crónico son la ansiedad y la depresión, especialmente esta última, tanto en rasgos como en sintomatología como en cuadros clínicos nosológicamente reconocidos.

La exploración psicopatológica del paciente la basamos en los datos recogidos sobre ansiedad y depresión del DSM-IV (Fig. 7).

La sintomatología común a la ansiedad y depresión descrita en el DSM-IV es: alteración del sueño, astenia y fatiga, disminución de la atención y concentración, inquietud, intranquilidad y agitación psicomotriz. Estos síntomas corresponden a la existencia de una psicopatología aún no especificada.

Posteriormente, se precisan los dos cuadros clínicos de depresión y ansiedad con los síntomas descritos.

Un tercer nivel se sitúa en aislar la depresión mayor de la depresión distímica menor, y en cuanto a la ansiedad, aislar la crisis de angustia o pánico, de la ansiedad generalizada.

Un último grado de gravedad, dados los riesgos de autólisis que pueden presentarse, es dentro de la depresión mayor, la melancolía y la depresión psicótica.

Cuestionarios

La administración de cuestionarios puede ser útil para complementar los datos recogidos en la entrevista y para poder detectar si hay coherencia o no entre los resultados de ambos. También se utilizan para estudios de investigación.

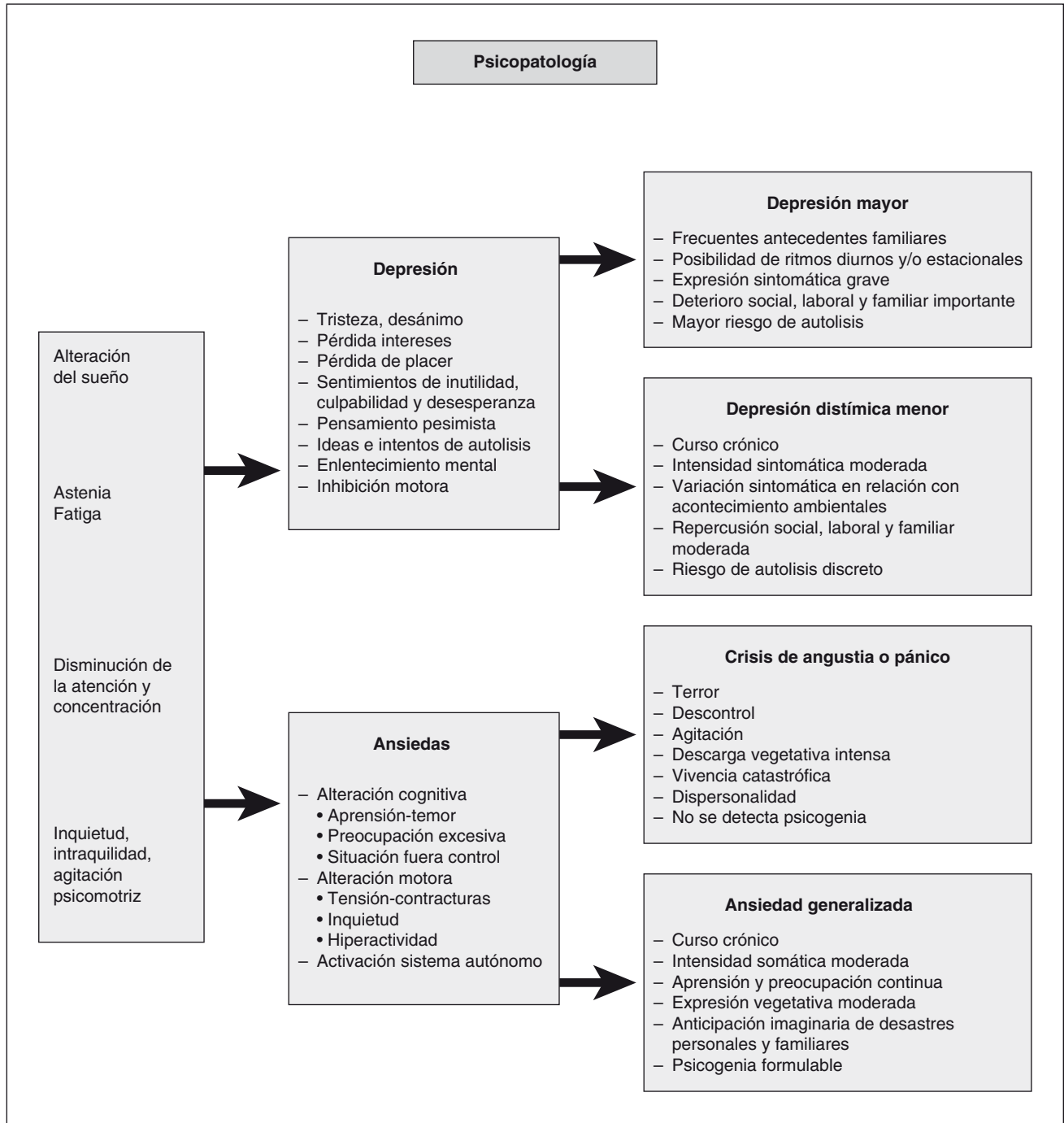


Figura 7. Exploración psicopatológica. En el primer cuadro de la izquierda vemos los síntomas comunes a la ansiedad y a la depresión, en los dos del medio los dos cuadros de ansiedad y depresión con sus síntomas diferenciados, y en los de la derecha los tipos de depresión más frecuentes y la crisis de pánico y ansiedad generalizada con sus síntomas específicos.

Existe un gran número de cuestionarios relacionados con el dolor. Habitualmente utilizamos una batería estándar, aunque en algunas ocasiones, dependiendo de las características del paciente o de si existe psicopatología, recurrimos a otros cuestionarios más específicos.

**McGill Pain Questionnaire, de R. Melzak
(traducción y adaptación de E. Wulff y J. Wulff)**

Dicho cuestionario fue desarrollado con el objetivo de facilitar un índice de dolor para cada una de las dimensiones de éste (sensorial-discriminativa,

motivacional-afectiva y cognitiva-evaluativa). Para ello cuenta con una lista de 78 adjetivos agrupados en 20 categorías que describen el dolor del paciente. La utilidad de contar con un índice de medida del dolor para cada una de las dimensiones es de gran utilidad para la caracterización general del dolor y, consiguientemente, para la indicación y aplicación del programa terapéutico más adecuado.

Cuestionario de salud general, de D.P. Goldberg (adaptación española de P.E. Muñoz)

Consta de 60 ítems y sirve para valorar la psicopatología general.

Cuestionario de depresión de Beck

Consta de 21 ítems, cada uno de los cuales representa una dimensión, pudiéndose así valorar globalmente y específicamente: estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimiento de culpa, necesidad de castigo, odio a sí mismo, autoacusaciones, impulsos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, incapacidad de decisión, imagen del propio cuerpo, incapacidad de trabajo, trastornos de sueño, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y pérdida de la libido.

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo de C.D. Spielberger (traducción y adaptación de N. Seisdedos)

El cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

La ansiedad estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R) señala una propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su A/E.

Cuestionario de calidad de vida SF-36 (traducción y adaptación de J. Alonso, et al.)

Consta de 36 ítems que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física, función social,

limitaciones del rol, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. También explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Cuestionario de vicisitudes sociales de C. Durán Olivé y J. Wulff Alonso (1986)

El cuestionario puede dividirse en siete apartados, cada uno de los cuales merece distinta valoración: 1) satisfacción; 2) adaptación; 3) apoyo en el grupo; 4) capacidad de previsión; 5) somatizaciones; 6) confrontación, y 7) acontecimientos en los últimos 2 años.

Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico de J. Soriano y V. Monsalve (2004)

El cuestionario consta de 24 ítems e incluye seis factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis, y autocontrol mental.

Cuestionario de actitud frente a la enfermedad de J. Pilowsky y M.D. Spencer

Consta de 52 ítems y contiene ocho escalas: trastorno afectivo, negación, irritabilidad, hipocondría/no hipocondría, factor somático frente a psicológico, inhibición afectiva, hipocondría, convicción de enfermedad.

Cuestionario de personalidad de Eysenck (adaptación española de G. Ortet Fabregat, M.I. Ibáñez Ribes, M. Moro Ipola y F. Silva Moreno)

El cuestionario consta de 83 ítems, y evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión, neuroticismo y psicoticismo.

Cuestionario de psicopatología de L.R. Derogatis (adaptación española de J.L. González de Rivera, C. de las Cuevas, M. Rodríguez Abuín y F. Rodríguez Pulido)

El cuestionario consta de 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta. Dispone de tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y un nivel de síntomas discretos.

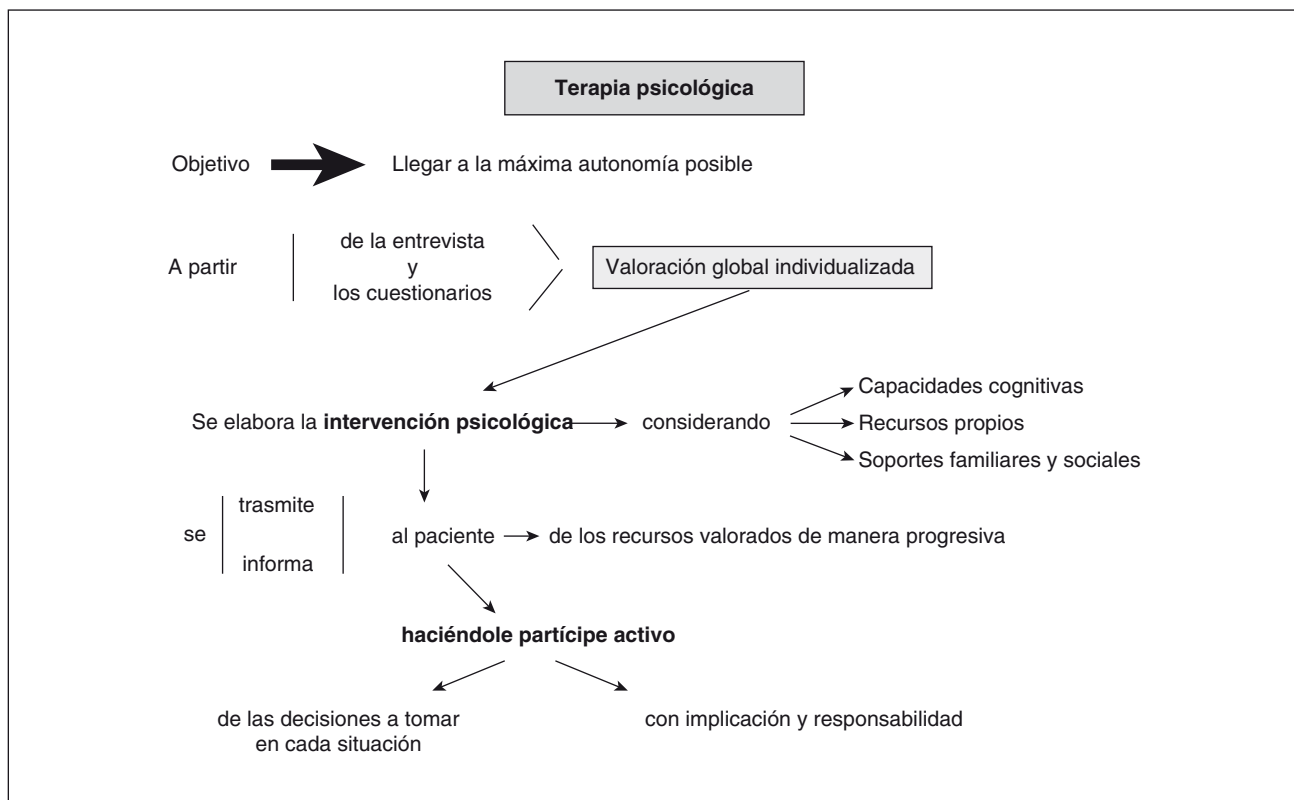


Figura 8. Tratamiento psicológico: valoración global individualizada.

TERAPIA PSICOLÓGICA

Una vez realizada la valoración global, obtenida a través de la entrevista y los cuestionarios, elaboramos un seguimiento individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas, recursos propios y los apoyos familiares y sociales, y pasamos a transmitir e informar al paciente de las hipótesis obtenidas, de una manera progresiva, haciendo al paciente partícipe activo de la valoración y de las decisiones a tomar en cada situación con implicación y responsabilidad (Fig. 8).

Se intenta motivar al paciente para cambiar o modificar pensamientos, creencias, hábitos, actitudes y conductas maladaptativas para poder adaptarse a su dolor y ser conscientes de lo que significa este dolor para su vida relacional (Fig. 9).

Es necesario analizar las conductas de dolor emitidas por el paciente y establecer relaciones funcionales entre dichas conductas y las consecuencias que generan sobre el medio en el que operan, para poder reorganizar las contingencias ambientales y facilitar la recuperación e incorporación del paciente a la

vida activa, teniendo como objetivo extinguir las conductas de queja y evitación, incremento gradual y mantenimiento de actividades adecuadas, reducción del uso de analgésicos y reducción de las conductas de uso excesivo de cuidados médicos.

Intentamos mejorar el comportamiento cambiando la forma defectuosa de pensar, ver el mundo de una manera realista en el presente, cambiando la actitud de insoportable por la de manejable, pasando de la pasividad e indefensión a la actividad y competencia, ayudando a anticipar sus problemas y generar soluciones, enseñando técnicas de afrontamiento y habilidades, y las asociaciones entre pensamientos, sentimientos y conducta, y a identificar y modificar sus pensamientos negativos. Además, con todo ello intentamos promover la autoconfianza y mejorar el estado de ánimo del paciente (Fig. 10).

De acuerdo con lo expuesto, parece claro que habría que enseñar a los pacientes a asumir la situación negativa de padecer dolor crónico sin reprimir emociones, ayudándoles a buscar una expresión adecuada y positiva de esas emociones negativas.

Asimismo, la intervención debería ser dirigida en contra de los intentos de control. Contrarrestar la

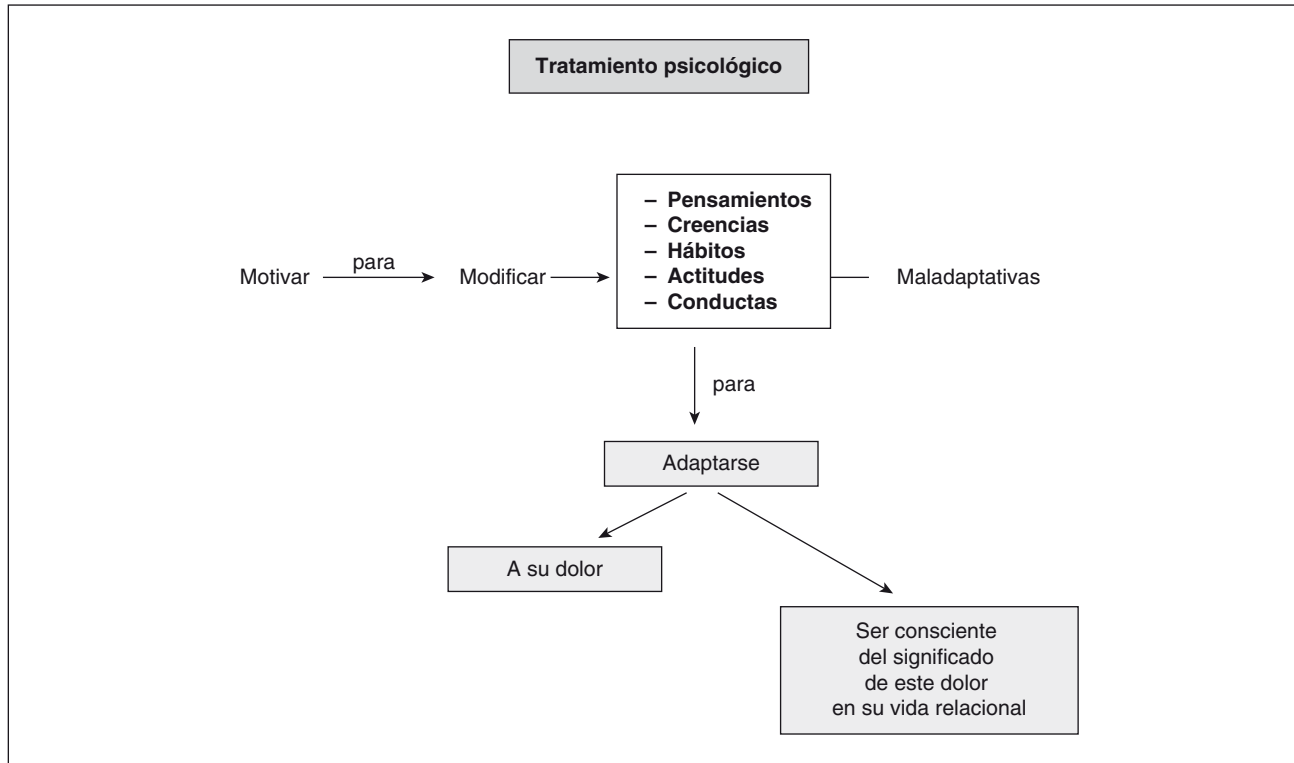


Figura 9. Tratamiento psicológico: motivación para modificar pensamientos, creencias, hábitos, actitudes y conductas maladaptativas.

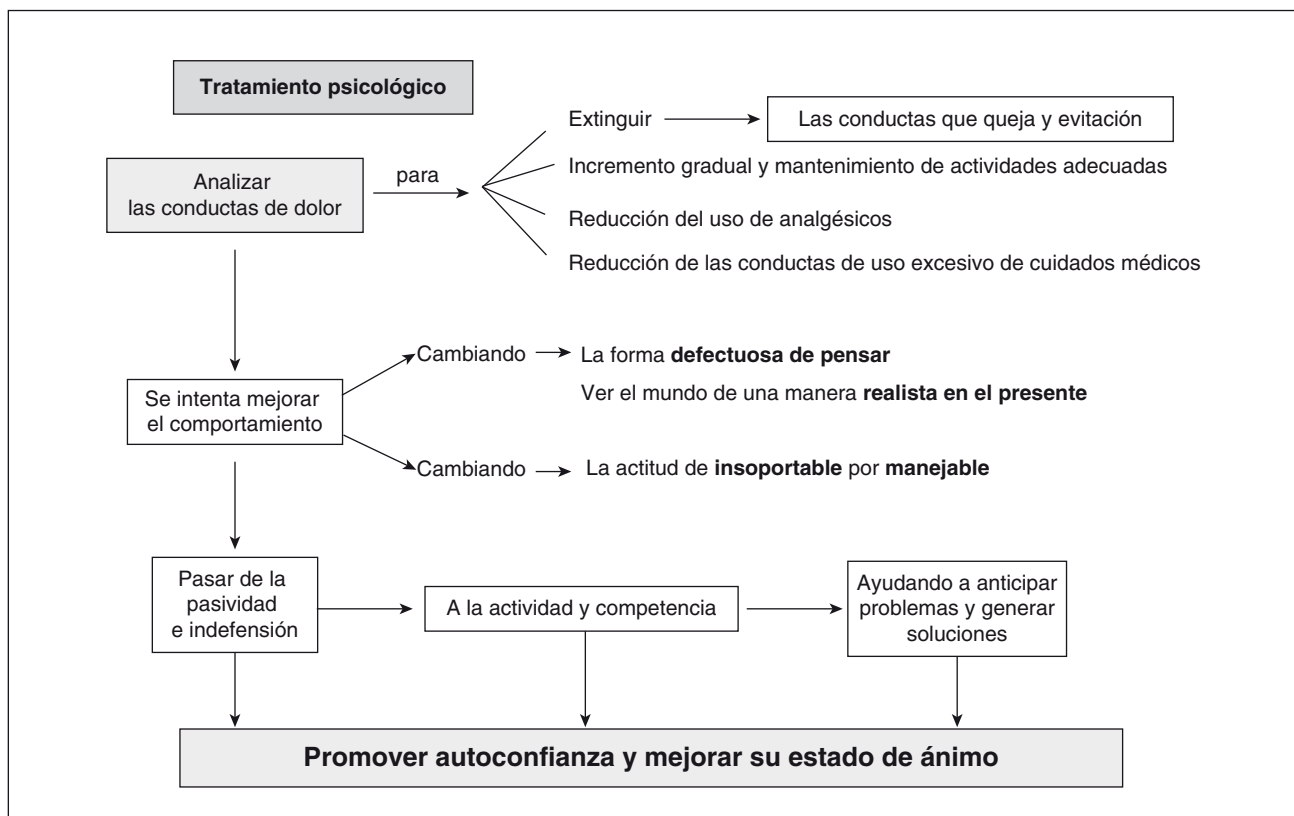


Figura 10. Tratamiento psicológico: promover autoconfianza y mejorar su estado de ánimo.

tendencia a la evitación del dolor y de las emociones y pensamientos desagradables a él asociados, pues se parte de que cualquier intento de supresión no va a hacer más que fortalecerlos.

La aceptación no se entiende como resignación y tampoco se trataría de sustituir el control por la ausencia de control. Más bien el control se aplicaría selectivamente a aquello que es controlable, aceptando lo que no se puede cambiar.

Desde este punto de vista sería conveniente enseñar a los pacientes estrategias para mejorar su calidad de vida con dolor.

Es necesario valorar la motivación manifiesta del paciente para salir de su situación de dolor crónico. A veces el rol de paciente crónico es un intento de evitación de las realidades psicológicas o sociales más psicológicamente dolorosas, y el esfuerzo emocional y las ansiedades que generan los cambios podrían producir en la fantasía del paciente trastornos mayores que el propio dolor.

Asimismo, el dolor puede estar al servicio del manejo de sentimientos perturbadores, inaguantables, manteniendo estos sentimientos o conflictos fuera de la conciencia, desplazando la ansiedad (dolor emocional) a realidades más concretas y más soportables (dolor físico), por ejemplo el sentimiento de abandono. Así pues, podríamos decir que en este caso el dolor sería la materialización del dolor psicológico.

El dolor puede tener también una función de identidad; algunos pacientes de dolor crónico pueden sentir su realidad interna disgregada y confusa, el rol de enfermo de dolor crónico puede ser una identidad concreta que a partir de ella se relacionen y sitúen en la realidad (el yo doloroso).

El paciente con dolor crónico fijando su rol de enfermo puede lograr, con facilidad y sin riesgo de rechazo, atenciones o afectos de los demás, evitar esfuerzos y tensiones, alejarse del conjunto de obligaciones, controlar la conducta de los demás, e indirectamente castigar a otros privándoles de la atención de las personas que ahora están ocupadas para cuidarles a ellos. Asimismo, puede usar el dolor

como expresión no culpable de agresión, siendo de esta manera más socialmente aceptado.

Así pues, el dolor crónico puede facilitar la estructuración de formas adaptativas de relación que respondan a problemáticas emocionales del paciente y no sólo de las conductas derivadas del propio dolor. Por ello se tenderá, para mantener tal equilibrio, a mantener y perpetuar o al menos no facilitar la disminución de la sintomatología del dolor. Es decir, que para el paciente sería la forma de equilibrio y de compensación-regulación de su forma especial de relación con el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonica JJ, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. En: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC, eds. *Bonica's management of pain*. 3.^a ed. Londres: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001. p. 3-16.
- Camacho L, Anarte MT. Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*. 2001; 19:453-70.
- Casado MI, Urbano MP. Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7:273-82.
- Català E. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5,000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133-40.
- Chapman CR, Garvin J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet*. 1999;353:2233-7.
- Collado A, Torres X, Arias A, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*. 2001;117:401-5.
- Comeche MI, Lasa A. Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en Dolor*. 2001;2:262-9.
- Crombez G. The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research & Management*. 2002;7:31-44.
- Díaz-Sibaja MA, Martín A, Díaz-García HI. Aspectos comportamentales del dolor crónico. *Actualizaciones en Dolor*. 2001;2:270-8.
- González F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*. 1999;3:1-21.
- Grisart JM, Van der Linden M. Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain*. 2001;94:305-13.
- Kerns RD, Rosenberg R, Otis JD. Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24:100-5.
- Moix L. Estrategias de afrontamiento: consideraciones críticas sobre su concepto y formas de medición. *Psicologemas*. 1990;4:195-205.
- Okifuji A, Turk DC, Curran SL. Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *J Psychosom Res*. 1999;47:1-12.
- Sullivan MJK, Sullivan ME, Adams HM. Stage of chronicity and cognitive correlates of pain related disability. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002;9:127-38.
- Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70:678-90.
- Vallejo MA, Comeche MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.
- Wadell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main C. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52:1.