

Papel del psicólogo en el abordaje del dolor

Role of the psychologist in pain management

L. RODRÍGUEZ FRANCO y F.J. CANO GARCÍA

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

Se realiza una revisión del papel del psicólogo en la intervención sobre el dolor desde una perspectiva multidisciplinar y una concepción biopsicosocial de la salud. Tras una breve introducción a la evolución conceptual del trastorno se responde a las preguntas de por qué puede o debe intervenir el psicólogo en el tratamiento del dolor, cuáles deben ser los objetivos de su intervención dentro de un equipo interdisciplinar, en qué tipo de centro asistencial puede realizarse y, por último, describimos los procedimientos y técnicas más utilizados siempre que se dispongan de datos empíricos sobre su eficacia. Los principales temas de reflexión se refieren a la necesidad de considerar el dolor según las propuestas actuales en las que se incluyen procesos psicológicos de enorme relevancia tanto en el curso como en el pronóstico de los síndromes de dolor, especialmente en el caso del crónico. En consecuencia se plantea la necesidad de la intervención multidisciplinar la conveniencia de diseñar programas psicoterapéuticos adaptados a la contribución de los procesos psicológicos en la experiencia de dolor según el análisis del caso individual, la urgencia de promover la creación de clínicas de dolor y finalmente la necesidad de movilizar los recursos y la formación en Atención Primaria para compensar el exceso de demanda de las unidades de dolor existentes.

Palabras clave: Papel del psicólogo. Dolor crónico. Intervención psicológica. Atención Primaria

SUMMARY

We conduct a review of the role of the psychologist in intervention on pain from the multidisciplinary standpoint and a biopsychosocial conception of health. After a short introduction to the conceptual evolution of the disorder, we answer the questions of why the psychologist can or ought to intervene in the treatment of pain, what the aims of his intervention should be in an interdisciplinary team, at what kind of health-care centre can it take place, and lastly we describe the most commonly used procedures and techniques, providing that empirical data are available on their efficacy. The main subjects of reflection refer to the need to consider pain according

to the present proposals, which contain psychological processes of tremendous significance both in the course and in the prognosis of pain syndromes, specially in the case of the chronic patient. As a result, we put forward the need for multidisciplinary intervention, the advisability of designing psychological therapeutic programmes tailored to the contribution of psychological processes in the experience of pain according to analysis of the individual case, the urgency of promoting the establishment of pain clinics and, lastly, the need to mobilize resources and primary care training to offset the excessive demand on existing pain units.

Key words: Role of the psychologist. Chronic pain. Psychological intervention. Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Que la salud es un problema de todos no debería ser sólo un eslogan publicitario. Encierra un significado profundo en el que se destaca el papel que debemos desempeñar los profesionales. La comunidad científica y profesional ha empezado a mostrar un mayor interés y preocupación por la concepción biopsicosocial de la salud en la que la persona es entendida y atendida de forma integral. Este cambio no hubiera sido posible sin la actitud de apertura que ha demostrado la profesión médica y el esfuerzo empírico desarrollado por la investigación psicológica en este campo. Es nuestra obligación como psicólogos corresponder en la medida de nuestras posibilidades en esta labor interdisciplinar tan necesaria como relevante tanto para el profesional como para el propio paciente y su familia.

En este contexto uno de los tópicos en los que la colaboración disciplinar es esencial es el abordaje del dolor, especialmente el crónico. La relevancia del problema viene constatándose desde hace mucho tiempo. Sólo por citar el último estudio epidemiológico que conocemos de este mismo año un 17% de los australianos y un 20% de las australianas lo padecen. El pico más alto se establece para los varones en un 27% en el grupo de edad de 65 a 69 años, mientras que en las mujeres lo es en un 31% entre los 80 y 84 años (1).

Nuestro objetivo es plantear por qué la psicología puede participar en la intervención sobre el dolor, cuándo resulta más importante esta participación; dónde se puede o debe realizar, en qué aspectos se interviene y, por último, cómo se puede llevar a cabo.

POR QUÉ INTERVENIR

La evolución de la que ha sido objeto el concepto de dolor durante el siglo pasado acaba por cristalizar mediante la propuesta y adopción de una nueva definición de la entonces recién fundada Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (2). El dolor, entendido inicialmente como una mera sensación, pasa a considerarse un proceso mucho más complejo en el que se destaca su subjetividad y complejidad, incluyendo procesos psicológicos como dimensiones intrínsecas de este trastorno.

Un reciente trabajo nuestro puede servirnos como ejemplo. Nos interesó constatar en qué medida las cogniciones, conductas y emociones contribuían en la explicación de los parámetros estrictamente sensoriales del dolor (intensidad, frecuencia y duración) en una amplia gama de diagnósticos que cubría tanto procesos dolorosos de etiopatogenia conocida como síndromes «funcionales». El resultado más sorprendente apareció en el grupo de dolor óseo (artrosis, espondilitis anquilosante, túnel carpiano, canal estrecho, fundamentalmente), donde estos factores psicológicos permitieron predecir el 81% de la varianza en la intensidad del dolor (3). No sin motivo en una reciente revisión bibliométrica (4) en el período 1986-1995 se constata el crecimiento del 39% en las publicaciones acerca del dolor crónico en la base de datos de psicología PsycLIT.

Como se presenta esquemáticamente en la **tabla 1** los motivos que justifican la intervención psicológica radican en la relevancia de las reacciones psicológicas en la experiencia de dolor, las posibilidades de explicarlas a través de modelos multietiológicos que incluyen procesos psicológicos y la disponibilidad de técnicas de intervención psicológicas que han mostrado reiteradamente su eficacia.

TABLA 1 ¿Por qué psicología y dolor crónico?

- Papel de los procesos psicológicos en la identificación del problema.
- Relevancia de las reacciones psicológicas ante el dolor.
- Disponibilidad de modelos multidimensionales en la explicación del dolor.
- Intervención de procesos psicológicos en la cronificación del dolor.
- Disponibilidad de tratamientos psicológicos eficaces.

CUÁNDO INTERVENIR

La intervención psicológica es aplicable al dolor. Sin embargo, la relevancia de los factores psicossociales fluctúa en función del tipo de trastorno y las características del paciente, lo que hace necesario orientarla de una u otra forma.

Con respecto a la primera fuente de variabilidad, la IASP (5) posee una clasificación dimensional y multiaxial que contribuye a aclarar el papel desempeñado por los procesos psicológicos. De los cinco ejes clasificatorios considerados, el último hace referencia a la etiopatogenia, que se agrupa en tres posibilidades: psicógena, disfuncional y orgánica.

En el dolor psicógeno [F45.4 en el DSM-IV (6)] no se aprecia ni daño tisular, ni siquiera disfunción fisiológica. No es sinónimo de dolor simulado, por lo que en estos casos el juicio clínico es determinante para la orientación terapéutica. Además, el dolor puede ser un síntoma de otros trastornos psicopatológicos como en el caso de los somatomorfos (por ejemplo, anteriormente conocidos como hipocondría, histeria de conversión, etc.), los trastornos por ansiedad, depresivos o psicóticos.

En el dolor disfuncional, aunque no pueden hallarse evidencias lesionales, se constata un desajuste psicofisiológico, como un exceso de tensión muscular (por ejemplo, lumbalgia, cervicalgia, cefalea tensional) o de vasoconstricción (por ejemplo, migraña, síndrome de Raynaud).

Por último, en el resto de los síndromes considerados por la IASP aparece alguna lesión como responsable de los síntomas (por ejemplo, dolor secundario a traumatismos, quemaduras o malformaciones congénitas, dolor neoplásico, etc.).

Por supuesto, la práctica clínica resulta mucho más compleja, y este esquema rígido de distinción entre dolor orgánico y funcional o psicológico no parece válido (7) como ocurre en el caso de la fibromialgia o la distrofia simpática refleja. Sirva como ejemplo el caso de las cefaleas primarias, esto es, migraña y cefalea tensional. Tratar de explicar la enorme variedad de presentaciones clínicas de estos trastornos en función de un input exclusivamente periférico es inviable, pues la relación entre tensión muscular o vasoconstricción/vasodilatación y dolor es muchas veces indirecta. Olesen (8), uno de los mayores expertos mundiales en cefaleas, prefiere considerar el dolor como resultado de la convergencia, en las neuronas del núcleo caudal trigeminal en primera instancia y en el tálamo y la corteza cerebral a un máximo nivel, de inputs vasculares, musculares y supraespinales. Esta concepción permite explicar, por ejemplo, la alodinia, esto es, por qué sensaciones normales se convierten en dolorosas.

Esta complejidad, ejemplificada con las cefaleas, introduce el segundo aspecto a destacar: las diferencias individuales. Obviando el caso del dolor psicógeno en el que la intervención psicológica no necesitaría

justificación alguna es necesario valorar en cada caso concreto la relevancia de los procesos psicológicos en el síndrome de dolor, con relativa independencia de las evidencias clínicas de lesión o disfunción que se hayan detectado. Basta recordar cómo en Atención Primaria aparecen casos con claras evidencias etiopatológicas en las que el dolor es irrelevante y viceversa: casos en los que la exploración no muestra evidencias de daño tisular en los que el paciente se encuentra seriamente incapacitado por el dolor.

Como ejemplo de los primeros casos estarían los migrañosos, cuyas crisis se precipitan exclusivamente por factores dietéticos, las personas con estenosis medular adaptadas a una vida casi normal o aquellas otras con escoliosis severas que desconocen el dolor de espalda. Por el contrario, en el segundo caso tendríamos las cefaleas tensionales crónicas, el dolor miofacial, las lumbalgias o cervicalgias incapacitantes, todas ellas sin alteraciones osteomusculares evidenciables.

Estas diferencias individuales rompen la hipótesis de la proporcionalidad directa (defendida por la teoría específica en el siglo XIX) entre la magnitud de la lesión y el dolor difícilmente defendible por el profesional y, sin embargo, muy firmemente mantenida por muchos pacientes que atribuyen la agudización del dolor a un agravamiento de «su enfermedad», de la que «no me dicen la causa» o «no la encuentran». Por tanto, los procesos psicológicos modulan la experiencia dolorosa. De ello se encuentra una muy extensa evidencia empírica en la investigación como muestran los perfiles sistemáticamente obtenidos a través del **Multidimensional Pain Inventory** [MPI o WHYMPI (9-13)] que se ha convertido en un estándar en la evaluación integral: el **perfil disfuncional** se caracteriza por altas puntuaciones en intensidad, interferencia y estrés emocional; el **perfil interpersonalmente estresado**, que se distingue de los otros por un bajo apoyo social percibido, y por último, el **perfil afrontador adaptativo**, que se define por bajas puntuaciones en intensidad, interferencia y estrés emocional, así como por la gran capacidad de control del trastorno.

En definitiva, la intervención psicológica en el dolor dependerá de la relevancia de los factores psicológicos en la percepción del dolor en cada caso individual. En este mismo sentido, y especialmente en las enfermedades crónicas, el abordaje terapéutico se orienta al control sintomatológico de la enfermedad ante la dificultad o imposibilidad de eliminar su etiopatogenia, ahí reside gran parte de la necesidad de la intervención psicológica.

DÓNDE INTERVENIR

La magnitud que han ido adquiriendo los problemas de dolor crónico en una sociedad occidental cada vez más longeva (por tanto con mayor prevalencia de trastornos crónicos y en la que éstos permanecen más tiempo en la vida del individuo) y exigente en cuanto

a la salud ha favorecido la creación de las clínicas de dolor.

La IASP (14) distingue cuatro tipos de centros especializados en la intervención sobre el dolor. Los **centros multidisciplinares de dolor** alcanzan el mayor nivel organizacional. Están integrados por multitud de profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, orientadores vocacionales, trabajadores sociales, etc.) que trabajan de forma coordinada en la investigación, la docencia y la asistencia, tanto ambulatoria como hospitalaria. Por sus características es deseable que se integren en hospitales universitarios. Las **clínicas multidisciplinares de dolor** se distinguen de lo anterior en que su actividad es asistencial (también ambulatoria u hospitalaria), aunque también sería recomendable fomentar la actividad investigadora. Las **clínicas de dolor** se distinguen de las anteriores por su carácter no multidisciplinar, centrándose la intervención en aspectos concretos o parciales del síndrome (médicos, psicológicos, etc.). Por último, existen las **clínicas orientadas a una modalidad terapéutica** (TENS, bloqueos nerviosos, acupuntura, **biofeedback**). Para la IASP en cualquier centro o clínica multidisciplinar debe garantizarse la intervención psicológica con la presencia de un psicólogo clínico y de la salud o un psiquiatra.

En nuestro país existen centros de todos los tipos anteriores integrados en la Seguridad Social, normalmente en hospitales universitarios, como los tres de Sevilla (H. U. Virgen del Rocío, H. U. Virgen Macarena y H. U. Virgen de Valme). Coincidimos con Monsalve (15) en que éste es el contexto ideal para la intervención psicológica, dada la posibilidad de optimizar la coordinación entre los distintos profesionales de la salud.

Sin embargo, las unidades de dolor existentes se encuentran saturadas para abordar los problemas de dolor crónico. Un reciente estudio (16) revela los datos de una encuesta en Atención Primaria de Sevilla y provincia. Más de un 19% de los pacientes consultan por dolor y un 6% por dolor crónico. El tiempo medio de espera para ser atendido por una unidad de dolor es de 3,3 meses (y eso que en Sevilla hay tres), tiempo durante el cual el 94,7% de los médicos de familia deben diseñar un tratamiento para el que no disponen siquiera de una capacidad mínima de exploración. Cuando se consigue el acceso a la unidad de dolor casi un 64% no reciben informe de dicha unidad. Un 94,2% cree necesarias las unidades de dolor, pero sólo un 24,5% conoce su funcionamiento, reconociendo la necesidad de una mejor coordinación en más del 89% de los casos. La situación no es endémica: por ejemplo, en Finlandia (17), donde el 40% de 5.646 consultas en Atención Primaria eran motivadas por el dolor. La magnitud del problema se desprende del hecho de que en el 50% de los casos el dolor era crónico, de origen musculoesquelético y producía limitaciones importantes en la vida diaria.

Parece, por tanto, necesaria la intervención en el dolor en Atención Primaria, para lo cual los profesio-

nales de este sector demandan una formación que lamentan no haber recibido, así como una mejor coordinación con las unidades de dolor. En este sentido tenemos constancia de que en nuestro país se están realizando programas de atención a pacientes crónicos, efectuados por profesionales de Atención Primaria, formados y coordinados con las unidades de dolor. En otros países como Canadá (Universidad McGill) se llevan a cabo programas psicoeducativos comunitarios para el manejo del dolor, efectuados por profesionales de enfermería, los cuales, dentro de sus posibilidades, alivian la carga de los centros especializados (18). Sin embargo, para que la intervención fuera multidisciplinar y por tanto más efectiva debería integrarse en estos programas también la intervención psicológica, a través de la figura del psicólogo clínico y de la salud. Y esto ya se realiza sistemáticamente en EE. UU. con buenos resultados, por ejemplo, en lumbalgia crónica (19).

Más allá de los contextos mencionados existe, por supuesto, la asistencia psicológica convencional con algunas variantes como los programas de mínimo contacto terapéutico (20), las asociaciones de afectados o los grupos de apoyo (21).

QUÉ TIPO DE INTERVENCIÓN

Cualquier intervención sobre el dolor debe perseguir dos objetivos básicos: eliminarlo o reducirlo, mejorando en cualquier caso la calidad de vida. Como se comentó con anterioridad, en un principio se consideraba que la intervención psicológica podía conseguir eliminar el dolor psicógeno, así como el disfuncional mediante el control de los procesos de autorregulación fisiológica, mientras que en el caso del dolor asociado a daño orgánico sólo podría contribuir en su reducción parcial.

Ahora bien, el dolor es el resultado de una compleja y dinámica interacción de sensaciones, emociones, motivaciones, cogniciones y conductas. Por este motivo este inicial planteamiento resulta difícilmente sostenible. No podemos asumir que en cualquier tipo de dolor crónico con etiopatología lesional conocida sea la propia lesión el único factor que justifique el complejo sistema de experiencias que constituye el dolor y que, por tanto, la intervención psicológica sea desestimada. Tampoco podemos presumir que tras cualquier dolor disfuncional haya una psicopatología subyacente.

En consecuencia, el objetivo de la intervención psicológica en el dolor crónico está en función de la casuística particular. Mientras que en algunos casos es viable plantearse una virtual erradicación del síndrome, en otros sólo es posible reducir la sintomatología asociada a fin de conseguir la mejor adaptación y aceptación posibles al trastorno. Por supuesto, la elección del objetivo vendrá impuesta por la interacción entre la existencia de lesiones y la personalidad del

paciente. Por ejemplo, sería difícil plantear que la intervención psicológica se dirija a eliminar por completo el dolor en un caso de espondilitis anquilosante, pero sí se puede actuar sobre las consecuencias psicosociales como la depresión, la inactividad o el deterioro de las relaciones familiares. Sin embargo, si en una cervicalgia la tensión muscular sostenida se asocia con la reactividad emocional del paciente ante determinadas situaciones, la intervención psicológica puede contribuir a eliminar el dolor previniendo dicha tensión muscular.

Pero aunque éste sea el planteamiento del profesional, ¿qué opina al respecto el paciente? A pesar de que algunas personas comparten la creencia de que lo psicológico puede afectar a lo físico, no dejan de sostener una concepción dualista del ser humano. Y en esa concepción dualista el dolor suele representarse en la esfera física. Esto se traduce en perplejidad, resistencia o, al menos, incompreensión en muchos pacientes con respecto a la idoneidad de una intervención psicológica (Fig. 1), especialmente en los casos en los que las modalidades terapéuticas han sido muy variadas y existe una historia de «senderismo» por múltiples servicios asistenciales. Con esta expectativa el fracaso es muy probable y su expresión muy diversa (tabla 2). Por tanto sólo si se modifica esa resistencia previa, informando y/o formando al paciente, es recomendable seguir adelante (22).

La intervención sobre la regulación de temperatura mediante **biofeedback** resta eficacia al procedimiento si el sujeto tiene dudas o desconoce su validez. De la misma forma será poco efectiva una intervención sobre el manejo de la ira si el sujeto no tiene conciencia de ella o si no la asocia con las fluctuaciones del dolor. ¿Cómo podemos predecir el éxito de un programa de extinción de una conducta de dolor manipulando



FIGURA 1

TABLA 2 Motivos de negación al tratamiento

- Oposición a («más») («otro») tratamiento.
- Existencia de ganancias secundarias.
- Grado aceptable de adaptación al dolor.
- Infundado temor a la reducción de la medicación.
- Rechazo a la concepción del tratamiento.
- Discordancia entre los objetivos del paciente y los del tratamiento.
- Consideración de que el dolor es causado por algo más grave o distinto a lo que se le ha informado.
- Bajos niveles de autoeficiencia (percepción de su capacidad) para llevar a cabo el tratamiento.
- Disposición de la familia.
- Preferencia por otros tratamientos (farmacológicos, homeopatía, cirugía).
- Expectativas del paciente de que el tratamiento médico le acabará mejorando.
- Creencias y errores sobre la causa, severidad, síntomas, susceptibilidad a complicaciones y agravamientos del dolor.
- Balance entre coste/riesgo y beneficios del tratamiento.

sólo las respuestas de las personas significativas sin controlar cómo el paciente puede interpretar ese cambio en su ambiente familiar?

Una de las perspectivas teóricas apropiadas para dirigir el abordaje psicológico del dolor crónico es la teoría del estrés de Lazarus y Folkman (23). Estos autores formulan un modelo basado en procesos, de manera que una situación se convierte en estresante cuando desborda la capacidad percibida del sujeto de hacerle frente. Esto ocurre, a través de la valoración, en la que la persona juzga el grado en que una situación resulta amenazante en comparación a los recursos de que dispone y el **afrontamiento**, que incluye cualquier conducta dirigida a reducir o eliminar el estrés.

El dolor es una experiencia estresante y el organismo dispone de circuitos capaces de transmitir rápidamente datos sobre las cualidades sensoriales, así como de las emociones que lo caracterizan como una experiencia aversiva, movilizándolo al sujeto para hacer frente a la amenaza que la causa del dolor supone para la supervivencia. A la inversa, también existen mecanismos endógenos, el más recientemente conocido es el de analgesia opiácea, que permiten inhibir la señal del dolor de forma automática. Estos mecanismos muestran alteraciones en muchos casos de dolor crónico (24). Pero lo relevante es que pueden controlarse desde la herramienta psicológica más evolucionada y potente que existe: la corteza cerebral.

Debemos analizar, por tanto, cómo el paciente siente el dolor, cómo le emociona, cómo le motiva, cómo lo piensa y qué le hace hacer.

Podemos actuar directamente sobre el proceso fisiológico causante o agravante del dolor ayudando al sujeto a regular la disfunción fisiológica, resultado de

procesos musculares o vasculares. Y no pensemos que estos objetivos deben plantearse sólo en cefaleas, lumbalgias o cervicalgias, sino que también interesa hacerlo, por ejemplo, en casos de cáncer (25) o SIDA (26).

También disponemos de la posibilidad de actuar sobre las emociones que se asocian al dolor, potenciando el síndrome, bien como parte integrante del mismo proceso, bien como precipitante o agravante, bien como consecuencia del dolor. Básicamente se han descrito la ansiedad (27), tristeza (28) e ira (29, 30).

En el ámbito cognitivo debemos valorar, y en su caso intervenir, sobre una serie de procesos que culminan en la apreciación del dolor como estresante, cronificándolo. Se trata, en esencia, de precisar qué significa el dolor para el sujeto —creencias irracionales (31), pensamientos negativos (32)—, el grado de control percibido —locus de control (33), expectativas de autoeficacia (34)—, cuál es el patrón de atención al dolor (35-37), el apoyo social percibido (38), así como la importancia del miedo al dolor (39) y la memoria de episodios de dolor anteriores (40). El significado idiosincrático del dolor se manifiesta hasta en las estimaciones numéricas o visuales de su intensidad (41). No nos resistimos a reflejar los resultados de un estudio realizado en el Reino Unido con pacientes de lumbalgia crónica que acudieron a dos clínicas de dolor. Los autores investigaron el proceso mediante el cual asignaban significados al dolor a través de las grabaciones de las historias narradas por los pacientes utilizando para su análisis la metodología constructivista. Cinco temas emergieron en todos los casos: «el dolor se apodera de mí», «siento que he perdido algo», «estoy perdido dentro del sistema», «no me comprenden» y «mi situación es inaceptable». El patrón narrativo se fundamentaba cronológicamente en una pérdida del control de la propia vida; una vida centrada en el dolor; la sensación de estar atrapado en un sistema sanitario-legal, el sentimiento de no ser comprendido en ningún contexto significativo (sanitario, familiar, laboral y social) y la consecuente incapacidad de aceptar la enfermedad (42). Esta falta de comprensión y aceptación del trastorno se ha revelado clave en la evolución de los síntomas (43).

La apreciación cognitiva influye y a su vez es influida por las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza (44-46). Debemos valorar cuáles y cuántas pone en marcha, la flexibilidad a la hora de utilizarlas y, sobre todo, si el grado de eficacia resultante le hace aprender nuevas estrategias o consolidar las que emplea. Por ejemplo, en un trabajo nuestro obtuvimos que mientras que las estrategias evitativas y la queja no verbal contribuyen a agravar el síndrome, la queja verbal funciona al contrario, constituyendo una estrategia adaptativa en muchos casos, creemos que a modo de expresión emocional (47). Debemos valorar su relevancia tanto en la percepción de dolor como en la vida relacional (social, familiar, laboral, etc.).

Además se hace necesario determinar el rol de la inactividad, propia de muchos pacientes, en la potenciación del dolor mediante procesos estrictamente fi-

siológicos (por ejemplo, debilitamiento muscular) o psicosociales (por ejemplo, falta de reforzamiento social que predispone a la depresión). De especial interés es la adherencia al tratamiento: desde cuestiones básicas sobre cómo hacer comprensibles las pautas del tratamiento hasta cómo favorecer la motivación por seguirlas, la psicología ha diseñado programas eficaces para la prevención del uso indebido y abuso de medicación (analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos, etc.) y su papel en la experiencia dolorosa (por ejemplo, intoxicaciones, conductas de dolor, etc.) (48).

Obviamente intervenir en una dimensión del dolor implica siempre de alguna forma, y con alguna intensidad, modificar otra. Desde nuestro punto de vista cualquier intervención debe integrar estos aspectos centrándose en aquellos que aconseje el análisis del caso individual.

CÓMO INTERVENIR

La mayoría de los procedimientos de intervención psicológica en el dolor crónico son contemporáneos de la conceptualización biopsicosocial de la salud. No es de extranar, por tanto, que muchas técnicas procedan de una orientación cognitivo-conductual que se emplean de forma habitual, que han mostrado su eficacia sobradamente (49, 50) y de las que tan sólo podremos apuntar un esbozo. Son muchos los procedimientos empleados y en la práctica se aplican combinados entre sí.

Como avanzamos, es conveniente que la primera fase de la intervención sea (in)formativa. No sólo debemos introducir una probablemente nueva conceptualización del trastorno al paciente, sino también a las personas significativas en su entorno y, si se requiere, a otros profesionales sanitarios. De esta forma justificamos las bases de la intervención (tabla 3) y favorecemos la cooperación tanto de paciente como de los agentes que pueden influir en su recuperación. En Holanda (51), por ejemplo, la implementación de un programa educativo en una unidad oncológica consiguió reducir la percepción del dolor planteando los autores la conveniencia de implantar este tipo de servicios en oncología hospitalaria. En líneas generales es importante orientarla en el sentido de que se favorezca una mayor implicación del paciente en su propio tratamiento tratando de evitar la idea de que la eficacia de los procedimientos dependerá de su disposición. Un exceso de responsabilidad favorecerá la atribución de los fracasos y dificultades al propio paciente.

Para promover conductas saludables (por ejemplo, ejercicio, contactos interpersonales, incremento de la funcionalidad, etc.), así como para reducir las conductas de dolor (por ejemplo, evitación social, abuso de medicación, conductas disruptivas, chantaje emocional, etc.) se utilizan tanto técnicas operantes como técnicas de autocontrol y de control de estímulos (52). En las técnicas operantes manipulamos las consecuencias de la conducta del paciente en su medio. Se trata de fa-

TABLA 3 Lo que de común tienen los tratamientos

- Individualización del tratamiento.
- Preparación psicológica del paciente para los componentes del tratamiento.
- Participación activa y responsabilidad en el tratamiento.
- Adquisición de las habilidades básicas necesarias para el tratamiento (técnicas de relajación, **biofeedback**, etc.).
- Desarrollar expectativas acerca de la relación entre el tratamiento y la solución del problema.
- Reconceptualización:
 - Enfoque más benigno del problema.
 - Transformar síntomas en dificultades.
 - Reducir la vaguedad de la descripción, la indiferenciación de síntomas y la percepción incontrolabilidad.
 - Formular los problemas de forma solucionable.
- Reestructuración cognitiva:
 - Sobre la percepción de su enfermedad.
 - Sobre su autoeficiencia y autocontrol.
- Favorecer el optimismo y combatir la desmoralización.
- Entrenamiento en autoeficiencia y eficacia de resultados.
- Cambios hacia atribuciones causales internas.

cilitar un cambio de actitud y comportamiento, fundamentalmente en el cónyuge para extinguir una conducta inadecuada del paciente o para reforzar una conducta saludable. En las técnicas de autocontrol es el propio sujeto el que se refuerza o castiga su conducta. Consiste, por ejemplo, en felicitarse por incrementar progresivamente el tiempo de ejercicio diario o dejar de castigarse por no hacerlo. Suelen incluir estas técnicas procedimientos de autorregistro (diarios de dolor) que además añaden la posibilidad de que el paciente obtenga y pueda ofrecer una mayor y más precisa información acerca de su cuadro de dolor. En el caso del control de estímulos no es la conducta la que se trata de manipular directamente, sino los estímulos que se asocian a ella. Si, por ejemplo, un paciente se siente incapaz de cumplir su programa de actividad física diario sólo procurará rodearse de un grupo de compañeros u otras personas que realicen actividades similares.

Mención aparte requiere la readaptación social. Hay pacientes tan cronificados que han perdido su capacidad para relacionarse en cualquier contexto. Incluso llegan a no saber hablar más que de su dolor. Socialmente puede conducirle no sólo a un autoaislamiento o automarginación, sino a un aislamiento o marginación por parte los demás. En estos casos un entrenamiento asertivo (también llamado de habilidades sociales) potencia la capacidad del sujeto para obtener los reforzadores naturales que proporciona la interacción social.

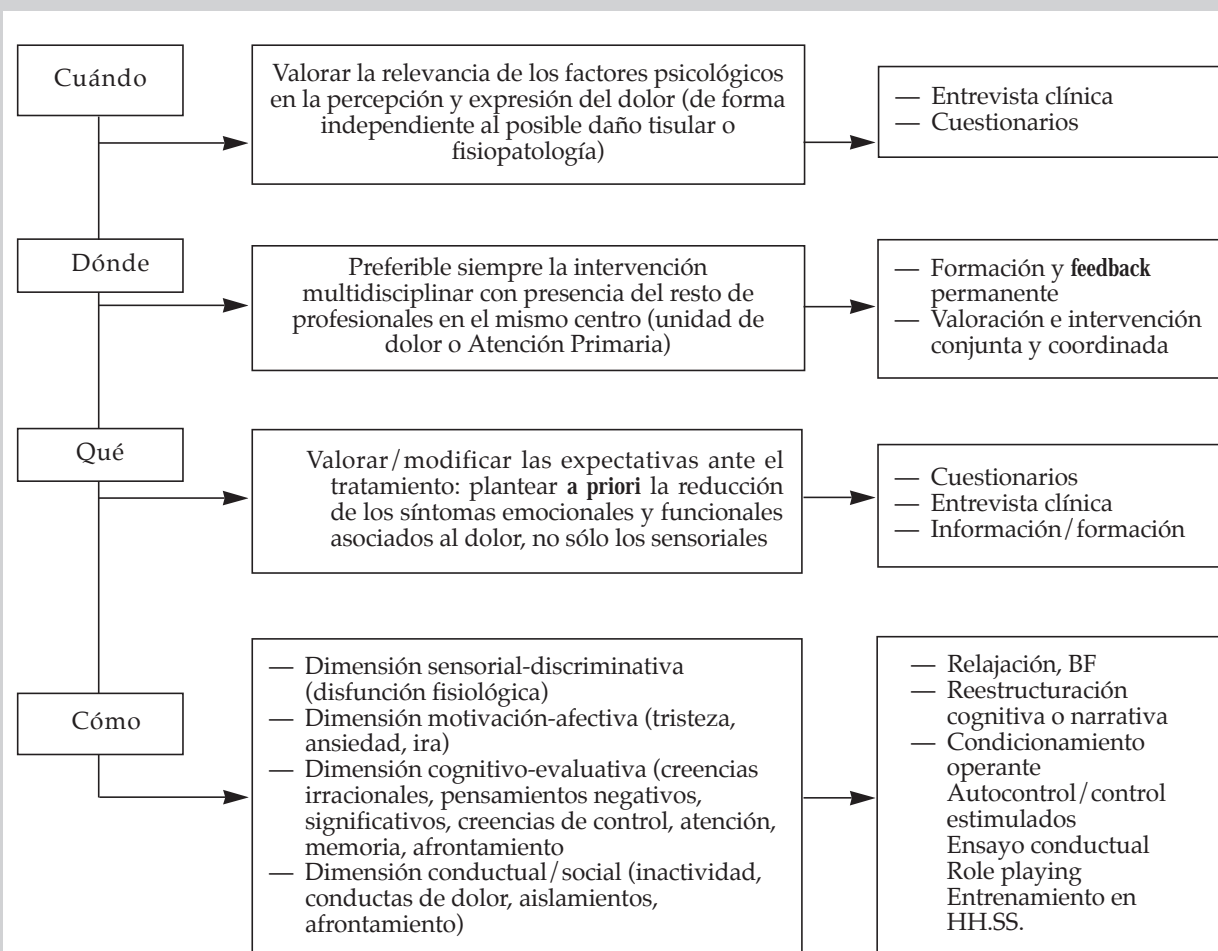
Podemos también utilizar procedimientos de relajación o **biofeedback**. Todos los procedimientos de relaja-

ción (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, meditación, etc.) inducen una reducción general de la activación cortical, de la actividad simpática y de la tensión muscular (53). También podemos inducir relajación con el entrenamiento en **biofeedback** en el que la técnica nos proporciona la posibilidad de acceder a información en tiempo real de la respuesta fisiológica evaluada (actividad eléctrica de la piel, tensión muscular, temperatura, volumen sanguíneo, etc.), lo que permite al sujeto aprender a controlarla de forma precisa (54).

Las técnicas cognitivas se destinan a modificar la percepción y el modo de afrontamiento del dolor, así como de otras experiencias estresantes funcionalmente relacionadas con éste. Por ejemplo, las diferentes técnicas de reestructuración cognitiva se utilizan para modificar atribuciones, creencias irracionales y pensamientos negativos acerca del dolor. Las creencias irracionales más frecuentemente observadas en los pacientes con dolor son la abstracción selectiva («sólo recuerdo momentos con dolor»), la sobregene-

ralización («si no puedo practicar deporte como lo solía hacer, tampoco puedo dar un paseo»), el pensamiento dicotómico («o me curo o el dolor irá a peor»), la personalización («el dolor no mejora por mi culpa») y la inferencia arbitraria («como tengo una lesión en la espalda, ya soy un inválido»). Pensamientos negativos habituales con respecto al dolor son: «soy un inútil», «me voy a volver loco», «tanto dolor tiene que deberse a una enfermedad grave», «ya nada merece la pena», «es inútil hacer cualquier cosa», etc. Cuando estos pensamientos son repetitivos, escasamente controlados e invaden la conciencia del sujeto, podemos utilizar la detención de pensamiento (55), un procedimiento simple que consiste en abortar el curso de la cognición de forma brusca para reorientarlo a otros contenidos. Ahora bien, modificar las creencias irracionales que subyacen a estos pensamientos negativos requiere una técnica como la terapia racional emotiva, donde se entrena al sujeto para que detecte la creencia irracional trabajando con pensamientos concretos en situaciones concretas para

ANEXO Guía clínica orientativa sobre la intervención del psicólogo en el dolor



después sustituirla por otra más adaptativa e internalizarla (56).

Estas técnicas en conjunción con técnicas educativas son esenciales en la implantación y/o fortalecimiento de las creencias y expectativas de control del paciente con el objetivo de utilizar estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas. El lugar de control es un proceso psicológico que explica la conducta humana en función de la combinación de tres factores: la medida en el que el sujeto percibe que el dolor desaparecerá en función de lo que él mismo haga, en qué medida de lo que le indiquen los profesionales y de lo que la suerte o la fatalidad le depara. Habría que añadir en este sentido la promoción de las expectativas de autoeficacia positivas (referidas a la percepción de la propia capacidad para desarrollar conductas), en el sentido de que difícilmente podremos encontrar cooperación en un paciente que entienda que le resulta imposible hacerlo.

Todas las anteriores más otras técnicas de ensayo como el **role playing** pueden utilizarse para implementar estrategias de afrontamiento (57, 58) adaptativas en cada persona. Son muchas y variadas y debemos consensuar su elección con el paciente. Básicamente podemos clasificarlas según se centren directamente en la reducción del dolor o en las emociones y consecuencias asociadas a éste. De entre las primeras, algunas se centran en el manejo de la atención, como la distracción —para lo que se han empleado también la hipnosis (59, 60)—. Otras se inspiran en la reinterpretación del dolor o del contexto y en el lenguaje interno como las autoinstrucciones. De entre las que se centran en el manejo de emociones podemos encontrar la expresión emocional, la búsqueda de apoyo social, la utilización de la fe y los rezos, etc. Es necesario considerar que tanto la elección como la eficacia de las estrategias de afrontamiento son parcialmente función de la interacción entre las características del paciente y las del dolor, por lo cual no se puede identificar alguna de ellas que pueda ser calificada universalmente como idónea para cualquier paciente o problema.

Una combinación de las técnicas mencionadas se utiliza en el procedimiento estandarizado más utilizado desde la perspectiva cognitivo-conductual en la intervención adaptada al dolor crónico: la inoculación de estrés (61).

Para finalizar nos gustaría resaltar que la intervención psicológica siempre ha estado y está presente cuando se recibe a un paciente por primera vez, cuando se le diagnostica, cuando se le habla y hasta cuando se le mira. Nadie deja la «psicología» en casa cuando acude a la consulta. Los profesionales en la Atención Primaria de salud deben ser conscientes de la relevancia que adquieren en el abordaje del dolor, pues están destinados a integrar equipos multidisciplinares en el manejo de este problema de salud pública.

Correspondencia:

L. Rodríguez Franco.
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología.
Universidad de Sevilla.
Camilo José Cela, s/n.
41018 Sevilla.
E-mail: lurodri@cica.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Blyth FM, March LM, Brnabic A, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127-34.
2. International Association for the study of pain. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6:249-52.
3. Cano García F. Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla; 2001.
4. Norton PJ, Asmundson GJG, Norton GR, Craig KD. Growing pain: 10-year research trends in the study of chronic pain and headache. *Pain* 1999;79:59-65.
5. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Primera edición: 1986; segunda edición: 1994.
6. American Psychiatric Association: DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. APA. Washington; 1994.
7. Miro, Raich RM. Dolor orgánico vs dolor funcional. *Revista de Psicología de la Salud* 1990;2(1-2):33-44.
8. Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain* 1991;46:125-32.
9. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985; 23:345-56.
10. Zaza C, Reyno L, Moulin DE. The Multidimensional Pain Inventory profiles in patients with chronic cancer-related pain: an examination of generalizability. *Pain* 2000;87:75-82.
11. McCracken LM, Spertus IL, Janeck AS, Sinclair D, Wetzel FT. Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain* 1999;80:283-9.
12. Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, Mosley TH. Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain* 1994;57:277-92.
13. Pastor MA, López Roig S, Rodríguez-Marín J, Terol MC, Sánchez S. Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Revista de Psicología de la Salud* 1995;7(2):79-106.
14. International Association for the Study of Pain. www.halcyon.com/iasp
15. Monsalve V. El papel del psicólogo dentro de un equipo multidisciplinar para el tratamiento del dolor. *Boletín de Psicología* 1998;58:49-59.

16. García Martínez F, Herrera-Silva J, Aguilar Luque J. Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2000;7:453-9.
17. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, Halonen P; Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
18. LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat KM, Jeans ME. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain* 1998; 74:297-306.
19. Moore JE, Cherkin D, Saunders K, Lorig K. A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. *Pain* 2000;88:145-53.
20. Castro C. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor de cabeza tensional: la importancia de la variable contacto terapéutico. Tesis doctoral no publicada. Santiago de Compostela; 1990.
21. Migraine Awareness Group Magnum. www.migraines.org
22. Vallejo MA, Comeche MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: UNED; 1994.
23. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
24. Bruehl S, McCubbin A, Harden RN. Theoretical review: altered pain regulatory systems in chronic pain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 1999;23:877-90.
25. Turk DC, Sist TC, Okifuji A, Miner MF, Florio G, Harrison P, Massey J, Lema ML, Zevon MA. Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioral factors. *Pain* 1998;74:247-56.
26. Breitbart W, Rosenfeld B, Passik S, Kaim M, Funest-Esch J, Stein K. A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients with and without a history of substance abuse. *Pain* 1997;72:235-43.
27. McCracken LM, Zayfert C, Gross RT. The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992;50:67-73.
28. Vallejo MA, Comeche IM. Depresión, ansiedad y dolor crónico. En: Fernández Abascal EG, Palmero F, eds. Emociones y salud. Barcelona: Ariel; 1999.
29. Fernández E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61: 165-75.
30. Kerns RD, Rosenberg RJ, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. *Journal Of Behavioral Medicine* 1994;17:157-67.
31. Jensen MP, Romano M, Turner A, Good AB, Wald LH. Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain* 1999; 81:95-104.
32. Harvey AG, McGuire BE. Suppressing and attending to pain-related thoughts in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:1117-24.
33. Gibson SJ, Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain* 2000; 85:375-83.
34. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999;80:483-91.
35. Johnson MH, Petrie SM. The effects of distraction on exercise and cold pressor tolerance for chronic low back pain sufferers. *Pain* 1997;69:43-8.
36. De Wied M, Verbaten MN. Affective pictures processing, attention, and pain tolerance. *Pain* 2001;90:163-72.
37. Eccleston C, Crambez G, Aldrich S, Stannard C. Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain* 1997;209-15.
38. Martin PR, Soon K. The relation between perceived stress, social support and chronic headaches. *Headache* 1993;33:307-14.
39. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F, Van Houdenhove B, Van Den Broeck A. Attention to chronic pain is dependent upon pain-related fear. *Journal Of Psychosomatic Research* 1999;47(5):403-10.
40. Bryant RA. Memory for pain and affect in chronic pain patients. *Pain* 1993;54:347-51.
41. Williams AC, Davies HTO, Chadury Y. Simple pain rating scales hide complex idiosyncratic meanings. *Pain* 2000;85:457-63.
42. Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain* 1999;80:621-8.
43. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 1998;74:21-7.
44. Haythornthwaite A, Menefee LA, Heinberg L, Clark MR. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain* 1998;77:33-9.
45. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre JC, Starr K, Caldwell DS, Tenen H. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain* 1997;69:35-42.
46. Aldrich S, Eccleston C, Crombez G. Worrying about chronic pain: vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:457-70.
47. Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta* 2000;26(109):739-62.
48. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998;76:417-26.
49. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13.
50. Linton SJ, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain* 2001;90:83-90.
51. De Wit R, Van Dam F, Zandbelt L, Van Buuren A, Van der Heijden K, Leenhouts G, Loonstra S. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain* 1997;73:55-69.
52. Philips HC. Tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide; 1988.
53. Lichstein KL. Clinical relaxation strategies. Nueva York: Wiley; 1988.
54. De la Puente ML. El **biofeedback** en el tratamiento de las cefaleas funcionales: revisión teórica y consideraciones prácticas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento* 1990;8(2):159-85.
55. Tyrer SP. Psychology, psychiatry and chronic pain. Londres: Butterworth-Heinemann; 1992.

56. Ellis A, Harper RA. A new guide to rational living. North Hollywood: Wilshire; 1975.
57. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal K. The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy And Research* 1989;13(4): 343-61.
58. Swartzman LC, Gwadry FG, Shapiro AP, Teasell RW. The factor structure of the coping strategies questionnaire. *Pain* 1994;57:311-6.
59. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997;73:361-7.
60. Benhaiem JM, Attal N, Chauvin M, Brasseur L, Bouhasira D. Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. *Pain* 2001;89:167-73.
61. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioral medicine*. Nueva York: Guilford Press; 1983.