

76
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DOLOR: MODELOS Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS: SUS ALCANCES
Y LIMITACIONES

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
RICARDO GARCIA DAVILA

DIRECTOR DE LA TESIS:
MTRO. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO
SINODALES: DR. FEDERICO LG. PUENTE SILVA
DR. GILBERTO LIMON ARCE
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
LIC. DAMARIZ GARCIA CARRANZA



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA
MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*DOLOR: MODELOS Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS, SUS ALCANCES
Y LIMITACIONES.*

A DIOS, A MI MADRE Y A MI PADRE

POR HABERME DADO LA VIDA Y TODO LO QUE DE ELLA SE DERIVA.

GRACIAS

RICARDO

A MARY

**A TI, A QUIEN HE REVELADO MIS MAS PROFUNDOS E INSONDABLES DESEOS;
A TI, QUIEN MAS QUE YO CONOCES DE ELLOS (PUES VIVEN EN TI); A TI
REMANSO DE MIS SUFRIMIENTOS, PUES EN TI DONDE EL AVE DE MIS DESEOS
VA A POSARSE PARA ASÍ VISLUMBRAR DESDE LO ALTO DE UN SUEÑO, EL
VASTO VALLE DE NUESTRO FUTURO.**

**A TI, QUE DE MI INFANCIA HAS CURADO HERIDAS, UNIENDO A MI EXISTENCIA
LA VIVIFICANTE Y TIERNA PRESENCIA DE LA TUYA.**

**A TI, QUE SIN FALSAS PSICOLOGIAS HAS SABIDO SANAR UNA TAN CRÓNICA
PATOLOGÍA (LA MÍA). SANANDO EN MI EL MAL DE SER UNO CON EL DULCE
BIEN DE SER DOS.**

**A TI, MARY QUERIDA, OFREZCO ESTAS LÍNEAS, EN LA FIRME CONVICCIÓN DE
QUE DE ELLAS RESULTARA UN PROVECHO PARA AMBOS.**

MUY CERCA DE TI.

RICARDO.

A MI HERMANOS.

CON PROFUNDO RESPETO Y CARIÑO A MI HERMANO JESÚS, QUIEN ME PUSO EN EL CAMINO Y DE CUYO CÁLIDO ASCENDIENTE COMO NIÑES COMPARTIDA EXTRAERÉ GRAN PARTE DE LA RIQUEZA DE MIS RECUERDOS PERSONALES.

A MI HERMANO HIPOLITO, POR RECORDARME EL LADO OSCURO Y LAS POSIBILIDADES SIEMPRE PROMISORIAS.

A MIS HERMANAS, CONCEPCIÓN Y ESPERANZA, CUYOS NOMBRES ME RECUERDAN EL PRINCIPIO Y EL FIN.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en todo lo que vale el apoyo recibido por el personal de la Clínica del Dolor del Hospital General de México. Y de manera especial al Dr. Vicente García Olivera y Dra. Alicia Kassian Rank por las facilidades otorgadas al permitirme al acceso tanto a las instalaciones como a la información de algunos de los expedientes clínicos de la Unidad a su cargo, arriba citada. Asimismo, agradezco al Dr. Benjamín Domínguez Trejo sin cuyo apoyo, sugerencias y facilidades no hubiera sido posible la elaboración del presente trabajo. Finalmente, hago extensivos mis reconocimientos a las Psicólogas Iris Corzo, Amparo Silva y Gloria Martínez por sus valiosos puntos de vista y sugerencias, sustentados en su propia experiencia clínica con pacientes que presentan síndromes dolorosos de diferente etiología, referentes a los modelos y tratamientos psicológicos en general así como a las limitaciones de estos mismo en particular .

RESUMEN

El propósito del presente trabajo se orientó a esclarecer la importancia de las variables o aspectos psicológicos que intervienen en el manejo psicológico de pacientes que presentan síndromes dolorosos (S. D.), así como los factores que hacen eficaz dicho manejo. Así en el presente trabajo se revisaron algunos aspectos teóricos como datos clínicos y experimentales que comprenden del mes de julio de 1990 al mes de mayo de 1993, en los que se sustentaron los tratamientos psicológicos de pacientes con dolor crónico (tiempo de evolución mayor a 6 meses) y agudo (tiempo de evolución menor a 6 meses). Se destacan de manera especial los resultados obtenidos en el tratamiento psicológico. Se hace hincapié en los factores congoscitivos y/o ambientales que intervienen tanto en el tratamiento adecuado así como en la percepción y reacción al dolor. Asimismo se revisaron los aspectos conceptuales del dolor per se, esto es, las diversas aproximaciones teóricas que para explicarlo se han desarrollado así como las técnicas médicas, quirúrgicas, psicológicas y paramédicas en general utilizadas en el manejo del mismo. Enfatizando una vez más, las aproximaciones y tratamientos de orden psicológico. Concretamente: factores ambientales e intervenciones cognitivo-conductuales, Retroalimentación Biológica (RAB), Hipnosis, Asesoría Familiar y de Pareja entre otras. Finalmente se expone a guisa de ilustración una viñeta clínica, a la vez que se señalan algunas consideraciones acerca de las limitaciones tanto de los modelos médicos como psicológicos así como del presente estudio derivando, a su vez, algunas sugerencias para futuras investigaciones en el campo del dolor.

INTRODUCCIÓN

El interés del hombre por aliviar o evitar el dolor ha estado presente desde tiempos remotos. El dolor ha sido una preocupación tradicional de la humanidad en general y de la medicina en particular; y a lo largo de la historia se ha realizado un gran esfuerzo para entenderlo y controlarlo.

En la antigüedad al dolor se le trataba por medios derivados de una concepción mágica o religiosa; y en el mejor de los casos, filosófica. En algunos casos considerado como consecuencia de un castigo procedente de las diversas divinidades concebidas por los pueblos y culturas antiguas. Hasta entonces, los tratamientos derivaron en una amplia gama de rituales, plegarias, liturgias y actos mágicos (Watzlawick 1990); el brujo, mago o sacerdote hacían las veces del médico actual. Grimorios, escritos sagrados, códigos religiosos y revelaciones sustitulan a los tratados, manuales y saber acumulado, producto de la investigación de la medicina moderna. Al dolor se le mistificaba (Alonso Fernández, 1989).

Los antiguos egipcios y babilonios, por ejemplo, creían que el dolor era causado por espíritus de la muerte y percibido en el corazón en los vasos sanguíneos. "Huan-Ti, el Emperador Amarillo" (2600 a.c.) consideraba que el dolor resultaba de un imbalance de los fluidos corporales "Ying" y "Yang" y que tal imbalance se corregía con acupuntura" (Velasco M., 1991). En este mismo sentido los filósofos estoicos consideraban que "había que sobreponerse a la experiencia del dolor repudiándolo racionalmente con la lógica y el razonamiento". A su vez, Aristóteles al enunciar los cinco sentidos dejó fuera al dolor, considerándolo un estado emocional, contraparte del placer. Por mucho tiempo no se le consideró en su componente sensorial, por el contrario, la añeja contraposición de placer y dolor - contraposición que sobresale en muchas de las tendencias religiosas modernas y antiguas lo situó entre las "pasiones del alma" más que como sensación. No fue sino hasta el siglo XIX que el componente sensorial del dolor se integró a las ciencias fisiológica y psicológica. Este enfoque fisiológico-sensorial significó un progreso importante en la concepción y tratamiento del dolor (López, 1976, citado en Alonso Fernández, 1989).

Sin embargo, todavía recientemente se recurría a procedimientos deletéreos y ofensivos en busca del alivio de este síntoma, quizás el más significativo en la práctica médica, el dolor. Así tenemos que, purgantes, purificantes, tratamientos punzantes que provocan ampollas, sangrados, ardores intensos y otros malestares, eran práctica común en la terapéutica del dolor aún en siglos recientes. A guisa de ejemplo tenemos el caso de Carlos II de Inglaterra (S. XVI) quien fue sometido a este tipo de tratamientos aversivos (como el beber, mascar o chupar estiércol de cocodrilo, fluido espermático de rana, etc.) por los médicos de su tiempo, con el fin de aliviar en él ciertos dolores que lo aquejaban.

Con todo, tanto la conceptualización como el tratamiento del dolor ha ido evolucionando con el tiempo. La farmacología, anestesiología, cirugía, acupuntura, estimulación eléctrica, ultrasonido, hipnosis y otras terapéuticas han demostrado eficacia en el alivio y control de dolor (Foley, 1992). Con ello se entiende que el tratamiento adecuado de éste, requiere de un equipo multidisciplinario.

El dolor, considerado primordialmente como un fenómeno de la fisiología sensorial, en realidad es un fenómeno multidimensional en el que intervienen tanto aspectos biológicos como psicológicos y sociales; jugando estos últimos un papel muy importante en la percepción y expresión del mismo.

Por otro lado, el dolor es a su vez, un fenómeno adaptativo, ya que es un síntoma que juega un papel protector muy importante (Mc Kay, Davis y Fanning citando en Hilgard, 1990). En realidad es tan adaptativo que sería más cruel e irracional el suprimirlo por completo que dejar que se manifieste y sea sentido por quien lo sufre. Pues es este un indicador muy útil que nos informa y protege al evitar que una lesión empeore y nos obliga a esperar hasta que sane. Las consecuencias de no sentir dolor pueden ser mortales: Se sabe de pacientes que murieron por ruptura del apéndice, a la que siguió peritonitis aguda (Hilgard, 1990).

En un primer momento la aproximación científica del dolor ubicó a los factores psicológicos en una posición de menor importancia. Sin embargo, diversas experiencias en el sentido de que el dolor permanecía a pesar de la sofisticación y gran variedad de los procedimientos y manejos médicos, sean estos farmacológicos, quirúrgicos o de algún otro tipo, así como los avances y descubrimientos significativos en la comprensión del sistema nervioso obligaron a reconsiderar el papel de los factores psicológicos o psicogénicos, en el estudio y tratamiento del dolor. (Melzack y Casey, citado en Foley y Payne, 1992).

Actualmente, estos factores psicológicos y sociales son considerados de gran importancia al grado de que se ha acuñado el término de "Dolor médicamente incongruente" para referirse a manifestaciones dolorosas donde el factor psicológico tiene mayor preeminencia - desde el punto de vista clínico - que el orgánico o lesional. (Fordyce, 1986). Esto es más evidente en los casos de dolor crónico (el dolor agudo es un síntoma que juega un papel protector importante; advirtiendo al paciente de que algo anda mal y orientado a los médicos a establecer su diagnóstico. Por el contrario el dolor crónico es una condición patológica per se, con una función oscura o ninguna función, que produce un deterioro general en los pacientes) en el que pueden existir progresos y mejoría notables desde el punto de vista lesional o de correlatos psicofisiológicos y sin embargo, el paciente continúa reportando su dolor como intenso (Velasco y Velasco, 1991).

El componente sensorial no describe por completo la experiencia del dolor; y se habla de una triada en la percepción del mismo que incluye: 1) Dolor Sensorial; 2) Sufrimiento y 3) Angustia mental (Sternbach, Citado en Alonso Fernández, 1989). El primer factor nos remite al lugar de la lesión y al estímulo del daño, en tanto que los dos restantes nos orientan hacia el componente psicológico dado que nos remiten tanto a una pauta de respuesta como a una sensación subjetiva o privada de la lastimadura.

Encontramos una y otra vez, que los aspectos subjetivos del dolor son capitales para entenderlo. En términos más gruesos se habla de un componente sensorial y de un componente emocional. Esto es confirmado por hallazgos recientes referidos a un estudio de pacientes a los que se les había practicado lobotomías prefrontales para aliviarles dolores rebeldes a otros tratamientos. En general estos pacientes informaban que el dolor seguía presente como antes, pero que ya no les molestaba: no les importaba (Freeman y Watts, 1950, citado en Hilgard, 1990). El dolor que permanecía era el sensorial, el del sufrimiento se había aliviado. Contrario a esto, incisiones hechas en el tálamo medio han aliviado el dolor sin intervenir en las funciones sensoriales; estas porciones, son muy sensibles a la morfina, fármaco de propiedades analgésicas bien reconocidas (Hilgard, 1976). Así por ejemplo la morfina parece reducir más el sufrimiento que el dolor sensorial; cuestiones similares se presentan en la reducción del dolor por medio de la hipnosis.

El dolor, sin duda, es un fenómeno de difícil comprensión y manejo, pero avances y hallazgos como los anteriormente descritos nos permiten avizorar una cada vez mayor claridad en lo que se refiere a aspectos prácticos y teóricos del mismo. Queda de momento claro que una aproximación médica basada únicamente en el modelo fisiológico - sensorial u orgánico resulta insuficiente en este sentido. Por lo que la importancia de los factores psicológicos queda bien establecida.

En lo sucesivo este trabajo se orienta a ampliar y esclarecer los aspectos conceptuales (teóricos) y de manejo (tratamiento) del dolor, enfatizando la importancia de las variables o factores psicológicos.

CAPITULO I

DOLOR

**" EL DOLOR ES LA PERFECTA MISERIA,
EL PEOR Y EL MAS DESMEDIDO DE LOS
MALES QUE AGOTA TODA PACIENCIA "**

MILTON.

PARADISE LOST.

CAPITULO I

DOLOR

EN EL PRESENTE CAPITULO SE ABORDAN ALGUNAS GENERALIDADES ACERCA DEL DOLOR ASÍ COMO LAS TEORÍAS QUE SOBRE EL MISMO SE HAN POSTULADO.

A) GENERALIDADES

El dolor, aunque desagradable, es la señal más natural que nos indica daño al organismo. De ahí su valiosa función evolutiva y protectora del organismo. La información que el dolor lleva en sí es útil porque ayuda a ubicar el sitio del daño y hacer algo al respecto. Asimismo, nos protege al evitar que la lesión empeore y nos obliga a esperar hasta que sane. (Hilgard, 1970).

Las consecuencias de no sentir dolor, se reitera, han sido las más de las veces mortales: Ruptura del apéndice seguida de peritonitis aguda, procesos metastásicos, enfermedades del corazón y úlceras perforadas se han desarrollado en "silencio" (sin dolor) hasta desembocar en muerte. Muchas enfermedades mortíferas pueden ser neutralizadas a tiempo gracias, precisamente a la aparición suficientemente precoz de la protesta del organismo en forma de dolor. Hay un sentido teleológico eminentemente protector y preventivo del dolor: " más vale sufrir que morir". Empero, esta sabiduría de la naturaleza se ve empañada cuando el dolor pierde su finalidad y se convierte en un proceso destructivo en sí. Algunos casos de dolor crónico se sitúan en esta categoría.

A la par nos ubicamos ante un problema más: el de su definición. Lewis y Leriche, dos de los médicos que más se han ocupado del dolor en el presente siglo, coinciden en la imposibilidad de definirlo adecuadamente. Y relacionados con este problema tenemos el hecho de que son diversos los ángulos - dado que como ya se dijo en un fenómeno multidimensional - desde los que se pueden abordar el dolor: como entidad clínica per se, como fenómeno fisiológico - sensorial, como fenómeno psicológico en el que intervienen aspectos sensoriales, emocionales y de aprendizaje, entre otros (Melzack y Wall, 1965), como fenómeno con resonancias antropológicas, filosóficas y sociales, por nombrar solo los que se consideran de mayor importancia.

Sin embargo, lo que si se ha podido hacer es dibujar los rasgos esenciales del dolor corpóreo. Determinar las cualidades de éste constituye una excelente pista diagnóstica. Trátase de precisar algunos aspectos del dolor que nos orienten, por lo menos, a un mejor manejo del mismo. Así, la localización y la irradiación (espacialidad), los matices cualitativos, la intensidad, la patocronia o evolución cronológica (temporalidad), la identidad de las circunstancias activadoras y los agentes reductores, la identidad del estado de ánimo (no debe olvidarse que muchos "dolores físicos" son manifestaciones de humor depresivo) son algunos de los componentes que nos ayudan a un mejor acotamiento y manejo más preciso del dolor.

Otra perspectiva contempla al dolor corporal como una de las modalidades del dolor en general; ya que éste puede ser: Carnal (dolor físico), Vital, (v.gr. humor depresivo y ansiedad), psíquico (tristeza, desesperanza y miedo) y espiritual (angustia y culpa) (Scheler, 1917, citado en Alonso Fernández, 1989).

Desde esta perspectiva la vieja concepción griega, que consideraba al dolor como un estado emocional (contraparte del placer), se renueva un algunas aproximaciones filosóficas, antropológicas y sociales de nuestro siglo. Así, Stumpf incluye al dolor en la serie de "sensaciones sentimentales" a la par que Beecher lo conceptúa como "displacer sensible", por lo que debería ser considerado no como una sensación, sino como un sentimiento (Dallembach, 1939).

En contraste con las aproximaciones anteriores, donde predominan los aspectos afectivo - psicológicos del dolor tenemos las posturas que enfatizan los elementos de sensopercepción y aprendizaje del mismo, más cercanos a su componente fisiológico. Esto a pesar de que los sustratos físicos de muchos síndromes dolorosos (S.D.) son hasta ahora poco claros. (Flor and Turck, 1989).

Se ha considerado que la sensopercepción es nuestra ventana al mundo. El sentido de nuestro comportamiento, el conocimiento de nuestra realidad física y todas nuestras ideas sobre el universo se originan en última instancia, en las impresiones que nuestros órganos sensoriales nos brindan.

Vista, oído, olfato, gusto, tacto y sentido somestésico (sentidos de la piel, músculos, articulaciones y estructuras vestibulares que nos proporcionan información sobre la posición y movimiento de nuestro cuerpo) hacen del individuo un sistema abierto, poniéndolo en contacto e interacción con la realidad circundante.

Sin embargo, existen consideraciones esenciales respecto a su funcionamiento; mismas que en ocasiones son pasadas por alto. Así tenemos el hecho de que cada uno de nuestros sentidos esta limitado en su sensibilidad por lo que pueden funcionar como sistemas de reducción de datos. Por ejemplo, la luz que percibimos es una pequeña banda dentro de una gran gama de energías (rayos X, infrarrojos, ultravioleta, etc.). Si la visión no limitara su sensibilidad el acto de ver sería algo así como recibir cientos de canales al mismo tiempo. Por lo que el componente Selectivo es importante para la estructuración de la información provista a nuestros sentidos.

Además de seleccionar cada sentido codifica rasgos importantes del ambiente que el cerebro decodifica (descifra). Para convertir la información bruta en sensaciones útiles es necesario combinar patrones complejos basados en la velocidades y en la distribución temporal de los impulsos nerviosos, el número y tipo de células activadas, los sitios y las vías utilizadas y el punto final de llegada al cerebro. El dolor no escapa a estos principios.

El dolor se incluye dentro de los sentidos de la piel, donde encuentran además: tacto, presión, calor, frío, comezón y cosquilleo (Coon, 1986). Las terminaciones nerviosas libres o desnudas son las receptoras del dolor, así como los bulbos de Krause lo son del frío y los corpúsculos de Meissner del tacto. Dichas terminaciones libres reaccionan ante estimulación mecánica, térmica o química de gran intensidad y se encuentran distribuidas en todo el cuerpo, tanto en órganos externos como internos.

Se considera que la piel contiene 3 millones de terminaciones específicas del dolor y se ha demostrado que los receptores de la piel en general se distribuyen en diversas concentraciones y que el número de receptores corresponde, aproximadamente al grado de sensibilidad (Saranson, 1984).

En términos generales, las áreas importantes como labios, lengua, cara, manos y genitales tienen mayores concentraciones de receptores.

Ahora bien, existen muchos más receptores del dolor (tres millones) que de las demás sensaciones: doscientas mil para la temperatura y quinientas mil para el tacto o la presión por ejemplo. Sin embargo estos receptores en los órganos internos están muy dispersos y poco organizados. Debido a ello es frecuente que los dolores internos se refieran a otras áreas del cuerpo. El ejemplo más común de Dolor referido es el de angina, causado por una reducción del flujo sanguíneo del corazón, el cual muy a menudo se siente en el brazo y hombro izquierdo, y no en el pecho.

Tal como el dolor varía según la parte específica del cuerpo, también varía de una persona a otra. E incluso, en ocasiones, el individuo nace con una insensibilidad completa. Tal es el caso de una mujer de 22 años de edad que sufrió desde su nacimiento quemaduras y lesiones por congelación, cortadas y otras lesiones graves de los tejidos sin que sintiera nada (Mc Murray, 1950, citado en Hilgard, 1990). De ahí que el hecho de que existan más receptores del dolor en comparación de alguna de las otras sensaciones de la piel, se constituya en un hecho significativo que habla en favor de una naturaleza sabia.

Cierta literatura reciente refiere una comprensión incompleta acerca del aparato o fisiología del dolor, e incluso se postula, en algunos casos, como una probabilidad solamente el que exista una vía específica del dolor (Papalia 1987). La suposición de que exista dicha vía proviene del conocimiento de una condición conocida como Síndrome de Brown - Sevard que aparece cuando se corta la mitad de la médula espinal. En este caso la información sensorial no se trasmite desde las piernas al cerebro de la manera normal. Si la médula espinal está cortada del lado derecho, la pierna derecha pierde el sentido fino del tacto (como en el umbral de dos puntos) pero la pierna puede sentir dolor. La pierna izquierda, por el contrario, se vuelve insensible al dolor pero retiene el sentido fino del tacto. Esto es debido a que existen lugares donde los dos tipos de fibras sensoriales cruzan de un lado del sistema nervioso al otro. Las fibras del dolor se cruzan en la médula espinal de manera que las fibras del dolor de la pierna derecha ascienden por el lado izquierdo de la médula espinal y así llegan al cerebro, mientras las fibras del tacto se cruzan en el cerebro, así que las fibras del tacto de la pierna derecha ascienden directamente por el lado izquierdo de la médula espinal hasta el cerebro. (Reynolds, 1969, Liebenkind, Mayor, y Akil, 1974, citado en Smith y Saranson, 1982).

La investigación acerca de vías específicas del dolor ha llevado a interesantes descubrimientos en los últimos diez años. Así, se ha demostrado que el cerebro mismo produce sustancias, parecidas al opio, que reducen o eliminan el dolor (Bolles y Fanselow, 1980; Snder y Childers, 1979, Wall, 1978, citado en Hilgard, 1990). Estas sustancias llamadas "endorfinas" no son neurotransmisores sino neuromoduladores, que adaptan de alguna manera las conexiones sinápticas. Estas sustancias parecen ocupar los receptores del dolor del cuerpo, de tal manera que no pueden llegar señales de dolor desde la médula espinal al cerebro. (Fields y Basbaum, 1978). La endorfina más pequeña, la enfalina, es un poderoso y eficaz analgésico cuando es inyectada en animales o seres humanos.

Diversas situaciones parecen activar los mecanismo contra el dolor del cerebro. Una es el esfuerzo físico. Los corredores de Marathón a menudo dejan de sentir dolor causado por golpear el pavimento hasta después de haber terminado la carrera (Zaslów, 1984, citado en Hilgard, 1990).

El estrés es otro fenómeno que parece activar los mecanismos naturales contra el dolor (Bolles y Fanselow, 1980).

Existe un fármaco llamado (Naloxona), que invierte la acción de la encefalina, aparentemente bloqueando los receptores opiáceos del cerebro.

Una de las maneras que poseen los investigadores para comprobar si el dolor está siendo inhibido por el propio sistema opiáceo del cerebro es la administrar Naloxona. Si la naloxona invierte el efecto del sistema opiáceo del cerebro es probablemente que lo que alivia el dolor en una situación o sustancia determinada. Mediante este enfoque se ha determinado que la acupuntura y los placebos parecen activar la acción de los opiáceos del cerebro, pero no así la hipnosis (Golshtein y Hilgard, 1975).

Algunos autores (Saranson y Saranson, 1982), se refieren al dolor como a uno más de los impulsos básicos (el impulso hacia el alimento, el agua, el aire, el sueño y la eliminación). Y que lo mismo que estos - hecho ya comprobado - se modifica por acción del aprendizaje y la cultura (Hay culturas donde el dolor apenas es reportado por sus integrantes); recibiendo así, la influencia de diversos factores externos.

La diferencia con los demás impulsos radicaría en que el dolor es un impulso episódico (porque se activa únicamente cuando ocurre un daño en los tejidos del cuerpo), en tanto que los demás (hambre, sed, sueño, etc.) oscilan en un ciclo bastante regular. Asimismo, la mayoría de los impulsos primarios hacen que la persona busque activamente un objeto deseado (alimento, agua, descanso, etc.) en tanto que el impulso del dolor consiste en evitar o eliminar esta sensación.

El deseo de eliminar el dolor es tan fundamental que es difícil suponer que en parte es aprendido. Sin embargo, existen evidencias que confirman la idea de que el dolor no escapa a los efectos del aprendizaje y la experiencia. Así, en una investigación, perros aislados desde su nacimiento actuaban como si no sintieran dolor o como si no supieran que hacer ante éste, y en algunas ocasiones acercaban la nariz a una cerilla (Melzack y Scott, 1957, citado en papalia, 1987).

Hoy día se considera al dolor corpóreo como el modelo de Sentimiento Sensorial más representativo (Alonso - Fernández, 1989). Aparece como un displacer localizado en un sector de la Corporalidad o Cuerpo Vivido. Es mucho más un sentimiento que una sensorpercepción. Es mucho más aun fenómeno sentimental y subjetivo que una impresión sensorial y objetiva (Achelis, 1925, citado en Alonso Fernández, 1989). La perspicacia de los griegos al considerar al dolor como contraparte de la alegría parece reivindicarse en las consideraciones antedichas.

Es de importancia señalar que las ideas y reflexiones modifican más fácilmente el sufrimiento anímico - espiritual que el sufrimiento físico, lo cual no quiere decir que no tenga un efecto paliativo, e incluso terapéutico, sobre éste último. Pues el hecho de que sí lo tiene es el sustento del trabajo presente. De hecho las variables cognitivas se les ha relacionado con el mantenimiento, tratamiento y exacerbadción del dolor crónico (Turk and Genest, 1989).

Un hecho que sobresale es el de que el dolor nos impide repetir algunos actos peligrosos, y nos conduce a suspender el contacto con estímulos perturbadores. Es este precisamente el principio en el que se han fundado las terapias conductuales, donde el dolor se utiliza como agente terapéutico. Así, en ciertas formas de descondicionamiento se presentan al enfermo objetos perturbadores (v.gr.botellas de alcohol al alcohólico) los que van a su vez, acompañados de la aplicación de estímulos desagradables, como el objeto de suscitar en el sujeto aversión a los objetos, personas, situaciones o conductas que el clínico considere inadecuadas. Los castigos dentro de un sistema de premios y castigos, son otro ejemplo de la utilización del dolor como medida terapéutica (Yates, 1980).

El dolor, tema vasto y complejo ha sido objeto de estudio desde diferentes enfoques teóricos. El siguiente apartado expone de manera sucinta dichos enfoques.

B) TEORÍAS

El dolor, acompañante fiel de la humanidad ha sido tema de ensayos, pensamientos y obras en las que el hombre ha plasmado su preocupación por este síntoma. Los griegos por ejemplo, lo atribúan al enojo de los dioses, quienes de esta manera castigaban en vida al transgresor de las leyes divinas. De hecho la palabra Pain (dolor en inglés) deriva del latín poene, que significa pena o castigo. Asimismo, dolére, también del latín, tiene resonancias de padecer o causar repugnancia. Más aún, el símbolo de la cruz vincula al dolor con la comprensión del destino humano; en inglés nuevamente, la palabra excruciate (atormentar) aplicada al dolor, se deriva de la palabra crucifixión (Smith y Saranson, 1984).

En todo el mundo se han desarrollado estados de medicina para contrarrestarlo. El alcohol ha sido recurso común en muchos lugares. Asimismo la trepanación era una costumbre quirúrgica generalizada.

Los métodos antiirritantes incluyen compresas calientes o frías, mostaza, ventosas o acupuntura inclusive (Hilgard, 1976).

Hay además una larga historia de tratamientos psicológicos y que en el pasado fueron mágicos o religiosos. Que estas prácticas no sean científicas no implica su ineffecta.

Una gran diferencia a considerar es que el hecho de que en algunas ocasiones un cierto método alivie el dolor no significa que la teoría en la que se basa sea la correcta (Zhorowlosky, 1969).

El hecho es que entre los métodos tradicionales y los métodos psicológicos, existe una gran similitud y que ambos han mostrado ser eficaces aún cuando su fundamento teórico los haga diferentes.

Aristóteles en uno de sus ensayos, desmenuzó el dolor aplicándole el primer concepto científico del que se tenga memoria. La Teoría Aristotélica proponía que el dolor se debía a estímulos excesivos que se originaban en la piel y eran llevados por la sangre al corazón, sitio donde se experimentaba la molestia. De esta manera el dolor llegó a considerarse un sentimiento, más que una sensación. Ubicándose así, dentro de las "pasiones del alma".

De manera similar, Descartes (1664), proponía que las sensaciones, entre ellas el dolor, eran percibidas en un sitio y de ahí transmitidas a un centro que las identificaba: la glándula pineal.

La definición y teoría del dolor quedó enmarcada durante mucho tiempo dentro del rubro de "pasión del alma" (Dallembach, 1939, citado en Alonso Fernández, 1989), y no fue sino hasta el siglo XIX que el componente sensorial llegó a ser considerado en el estudio de este fenómeno. Así la siguiente fase empezó a oscilar hacia el lado opuesto en que el dolor fue concebido solo en términos sensoriales.

Un pionero en la teoría sensorial del dolor lo fue Erasmo Darwin (1802) quien consideró que "el dolor era sentido cuando los estímulos sensoriales son más fuertes de lo usual". Esto es, el dolor se debe a una estimulación intensa de cualquiera de los 5 sentidos clásicos.

Efectivamente, desde el siglo pasado sabemos que para cada sensación hay un receptor específico, esto es, un nervio específico y un lugar central específico de apreciación. En 1881 Goldscheider propuso cuatro sensaciones básicas para la piel: tacto, calor, frío y dolor; después se supo que existían receptores y vías específicas para cada una de estas sensaciones. Y aún más, que a estas sensaciones podrían sumarse otras más.

Poco después se postuló erróneamente, que el dolor ocurría al actuar un estímulo "doloroso" en los "receptores del dolor" (Von frey 1986, citado en Papalia, 1987), hasta un censo del dolor localizado en el cerebro. Este Modelo telefónico (o teoría sobre la especificidad) de comunicación de línea directa entre la periferia y el cerebro resultó contradictorio con los descubrimientos actuales (recuérdense las lobotomías prefrontales en pacientes con síndromes dolorosos y el Síndrome de Brown - Sevard) que se tienen sobre la neurofisiología, a la vez que entrañaba una afirmación fisiológica falsa, ya que de esta manera solo habría dolor en la periferia. Contemporánea a la teoría de la especificidad de Von Frey surgió como rival la Teoría de la pava o de la suma. Esta propone que el dolor depende de una suma de entradas neurales que deben alcanzar un nivel crítico para que se sienta dolor (Goldscheider, 1984).

Weber (1934) estableció un avance al distinguir el tacto del dolor y al establecer la mínima diferencia perceptible entre dos pesos y que dicha diferencia capaz de ser notada depende de las magnitudes de los pesos y es proporcional a ellos. Este principio (Ley de Weber) dio lugar al concepto de umbral absoluto y diferencial (Boez y Bravo, 1970); hablándose así del umbral del dolor, concepto muy importante desde el punto de vista teórico y de investigación acerca del dolor.

Otro autor, Dallenbach (1939), se refiere al dolor como a una resultante de patrones de estimulación de las terminaciones nerviosas libres.

Sin embargo, un gran avance en relación a las deficiencias que mostraban las teorías que acerca del dolor se habían postulado hasta entonces lo representó la Teoría del Control de la Entrada o compuerta, propuesta por Melzack y Wall, (1965).

Su enfoque es sensorial. En ella postulaban que el dolor es una percepción más que una sensación, en la que se involucra la corteza cerebral. Esta teoría acepta las tesis de Von frey o hipótesis de la especificidad y ha sido ampliada por sus autores mismo, o bien por sus colaboradores a la luz de nuevas evidencias (Casey, 1975).

De acuerdo a esta teoría cuando un estímulo, ya sea que provenga del exterior del cuerpo, del ambiente o de la mente (fantasía), se interpreta con un significado de dolor, se facilita el movimiento de los impulsos cerebrales que regulan la salida de este problema y su adaptación interna, despertándose el complejo total del dolor en el sujeto (Melzack, citado en Foley y Payne, 1992).

Además se propone que para denominar receptor a un receptor del dolor se requiere emplear una concepción psicológica que relaciona una conexión directa del receptor del dolor en el que la estimulación de este último es captada como una sensación.

Esta teoría del control de la entrada, muy aceptada en nuestros días incluye además:

1.- Un sistema modulador de la médula espinal (de entrada) que controla la cantidad de estímulo desde los receptores y las fibras periféricas.

2.- Un sistema sensitivo que discrimina los estímulos, para localizarlos en espacio y tiempo.

3.- Un sistema motivacional efectivo que contribuye a convertir la sensación en desagradable, movilizando, además las defensas internas para detener el malestar.

4.- Un sistema central de control que valora y analiza el estímulo en términos de experiencia pasada, probabilidades de buenos resultados y significado simbólico.

Vale la pena recordar que el dolor es un fenómeno multidimensional en el que intervienen aspectos tanto biológicos, psicológicos y culturales. Siendo así que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) se refiere a éste como a una sensación displacerera y una experiencia emocional asociada con el daño actual o potencial del tejido (Turk y Thomas, 1987).

En este sentido y en apoyo a la teoría del control de la puerta se ha encontrado apoyo a la inferencia de que el estímulo de fibras largas puede reducir el dolor (Wall y Sweet, 1967), también se ha encontrado apoyo en experimentos tales como los realizados por Higgins, Tursky, Tursky y Schwartz (1971) y Saitan y Goldstein (1973), en los que un estímulo táctil recurrente redujo el dolor de una sacudida eléctrica. Existiendo además un número abundante de evidencias clínicas adicionales en apoyo a esta teoría (Reynolds, 1969; Liebeskind, Mayer y Akil, 1974).

Finalmente, Casey (1970; 1973) ha enunciado algunas de las dificultades que presenta la teoría del control de la puerta y Wall (1974) propone los controles descendentes como campo que ofrece la oportunidad más destacada de mejorar tanto la comprensión como la terapia, en tanto que Lim (1970) ha expuesto un estudio de la fisiología del dolor dando atención primordial al papel de la mediación química y a la química recepción terreno de gran importancia para comprender no solo la naturaleza del dolor, sino también la acción de los analgésicos químicos y, posiblemente, las defensas del propio organismo contra el dolor.

Las definiciones propuestas han sido múltiples y los más de los autores coinciden en la dificultad de establecer un concepto claro acerca del dolor (V.gr. Lewis y Leriche). Aunque como ya se señaló es deseable hacer esfuerzos y tentativas en la búsqueda de tal definición. Pues que sin ella no es posible la investigación y el estudio de tan importante fenómeno médico y psicológico.

De igual relevancia es el conocimiento de la anatomía y fisiología del dolor. En este sentido el descubrimiento realizado por Bell de que la raíz dorsal es un órgano específico de las sensaciones, lo cual condujo a Muller (1962) a afirmar que cada una de las vías nerviosas transmitían una sensación particular marcó la pauta en la búsqueda de la vía específica del dolor.

Así Schiff, Brown Sequard, Iggo y Collins propusieron que el dolor es una modalidad sensorial con su propio aparato (Iggo A., 1976). Incluyendo los estímulos, los receptores, las fibras aferentes, las vías y los centros de información.

Recientemente la ya mencionada compuerta funcional en el asta dorsal de la médula espinal por Melzack y Wall, y la existencia de influencias supraespinales que regulan la conducción aferente del dolor (Reynolds, 1976; Adams, 1979), ha dado una mejor orientación al conocimiento sobre la naturaleza del dolor agudo y experimental como una forma de sensación automáticamente regulada por una asa espino - retículo - espinal. No obstante el hecho de que en los pacientes con dolor crónico espontáneo las drogas narcóticas y los procedimientos quirúrgicos supratentoriales producen analgesia sin modificar el umbral al dolor (sensación) sugiere que en estos casos el dolor es un problema de percepción, el cual puede ser modulado por mecanismos telencefálicos más que espinales (Hilgard; 1976).

Como todas las sensaciones el dolor depende de la transmisión de señales desde la periferia hacia el cerebro, pero es único al consistir en un "desorden" específico y emocional controlado e integrado en el cerebro. La reacción dolorosa, en sus diferentes componentes (conductuales, emocionales, neurovegetativos) es la fase final en esta secuencia de acontecimientos. No todas estas sensaciones desagradables son parecidas y recientes experimentos demuestran que son recibidas por terminaciones nerviosas finas, inespecíficas, que se ramifican en la superficie cutánea para transmitirla, a lo largo de los nervios periféricos a la médula espinal. De las raíces dorsales de los ganglios los impulsos aferentes son conducidos al cerebro por vías específicas, pero estas líneas de transmisión no son bien conocidas (Casey, 1973, citado en Velasco y Velasco, 1991).

Parece que hay muchas más vías de comunicación que las anteriormente mencionadas; y esta plasticidad del sistema del dolor se acentúa debido a la multiplicidad de caminos hacia el tálamo y la corteza cerebral.

La complejidad se hace mayor a causa de las variaciones fortuitas en el trayecto anatómico de un nervio periférico y por los mecanismos de comprensión que se desarrollan cuando un componente individual se interpone o destruye.

La apreciación de estas señales dolorosas tiene lugar en partes muy iguales del cerebro, incluyendo el tálamo, cerebro medio, etc. El procesamiento de información tiene lugar en la mente y está influida por varios factores: 1) Las experiencias previas; 2) El Estado emocional actual; 3) La personalidad; 4) Las implicaciones del dolor en la felicidad y subsistemas de cada individuo. Es difícil determinar la naturaleza de estos mecanismos; y el dolor continúa siendo una interrogante imposible de compartir y definir objetivamente pese a las experiencias y avances logrados (Menta, 1977, citado en Hilgard, 1990).

CAPITULO II

TRATAMIENTO MÉDICO.

"AQUEL QUE SEPA DE DOLOR SABE MEDICINA"

WILLIAM OSLER M.D.

CAPITULO II

TRATAMIENTO MÉDICO.

EN EL PRESENTE CAPITULO SE EXPONEN LOS DIFERENTES MANEJOS TERAPÉUTICOS QUE DEL DOLOR SE HACEN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS MODELOS BIOMEDICOS.

A) FARMACOS.

A través de la historia, como ya se ha señalado, se han empleado diversos métodos para combatir o aliviar el dolor.

Los egipcios emplearon varios métodos no identificados, los chinos utilizaron el cáñamo y la acupuntura, los griegos los alcaloides derivados de la belladona, en Mesoamérica se recurrió al peyote y a la marihuana y los Incas, emplearon las hojas de coca. (Rudy, 1986, citado en Velasco y Velasco, 1991).

En los siglos XVIII y XIX se empleó el protóxido de nitrógeno (gas hilarante). En 1818 se descubre el éter y el anhídrido carbónico; posteriormente en 1847 aparece el cloroformo. Sin embargo, no es sino hasta 1853 cuando Young Snow Simpson realiza publicaciones relativas al éter y al cloroformo, describiendo a su vez, las propiedades anestésicas del Amileno (Cousin y Bridonbaugh, 1980).

En la actualidad para combatir el dolor se utilizan tratamientos farmacológicos diversos, y en 1986 la OMS establece la llamada escala analgésica (Ver tabla 1).

Existe un amplio espectro de analgésicos, y algunos de ellos, como la aspirina, controlan el dolor por un efecto periférico inhibiendo la síntesis de prostanglandinas; en tanto que otros (como los narcóticos opioides - morfina, meperidina, etc.), actúan más a un nivel central, o bien el efecto analgésico depende directamente de su afinidad con los receptores endorfinérgicos.

Vale la pena recordar que en el manejo de cualquier medida terapéutica es menester considerar el conocimiento de la contraparte, es decir de los cuadros para los cuales están indicadas. Un conocimiento claro y preciso de los criterios que nos ayuden a identificar el cuadro que el paciente presenta hará más factible como certera una terapéutica exitosa. (Uriarte, 1989).

Los AINES (Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) son un grupo de fármacos de primera elección en muchos cuadros en los que se halla presente un Síndrome Doloroso. El uso de estos fármacos depende además del cuadro o trastorno específico tratado, así como de otros factores tales como posibles complicaciones y susceptibilidad a los mismos entre otros.

Los analgésicos potentes como los opioides sintéticos y sus derivados entrañan grandes beneficios en cuanto al alivio del dolor, así como riesgos negativos dado su potencial adictivo (Payne, 1992). Y lo mismo puede decirse de otros psicofármacos (Antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, fenotiazinas, etc.). Algunos de los cuales como los ADT se relacionan con la neuromodulación del dolor. Estos inhiben la captación de neurotransmisores y de aquí su efecto analgésico o más propiamente neuromodulador.

A continuación se enlistan algunos de los fármacos (AINES, ADT, Opioides Sintéticos y otros adyuvantes como las benzodiazepinas y/o tranquilizantes, así como derivados opioides sintéticos) más usuales en el alivio y control del dolor.

AINES: Acido acetil salesílico, Indometacina, naproxen, ácido propiólico, fenamatos, pirazolonas, piroxicam, diclofenac sódico entre otros.

ADT: Imipranina, amitriptilina, mianserina, trazodona, amoxapina, maprotilina y fluoxetina.

OPIOIDES SINTÉTICOS O NARCÓTICOS OPIOIDES: Meperidina, sulfato de morfina, hidroformona, metadona, nalbutina, buprenorfina.

OTROS ADYUVANTES: Benzodiazepinas: diazepam, clobazam, clordiazepóxido, cetadiazepinas, trialdiazepinas, clonazepam, flurazepam, flunitrazepam.

Otro grupo de medicamentos en el tratamiento de síndromes dolorosos son los esteroides, cuyos efectos colaterales son de consideración y de ahí que su manejo ha de ser objeto de una vigilancia estricta por parte del médico. Sobresalen la hidrocortisona, cortisona, prednisona, betametasona, dexametasona, parametaxona también entre otras. (Vallejo, 1992, citado en García Olivera, 1990).

Una hormona poco usual además de costosa y de efectos colaterales severos es la calcitonina. Las sales de oro son otra alternativa farmacológica con las cuales no se agotan la gran variedad de fármacos útiles en el manejo del alivio del dolor tanto agudo como crónico.

B) CIRUGÍA.

La cirugía del dolor está indicada en aquellos pacientes con dolor crónico refractario a tratamientos farmacológicos y a otras técnicas analgésicas (acupuntura, hipnosis, RAB, etc.). Los procedimientos quirúrgicos comprenden aquellos que lesionan el aparato sensorial doloroso y aquellos que estimulan eléctricamente los sistemas competitivos (compuerta) y/o los sistemas eferentes supraespinales que modulan la conducción del dolor, utilizados en pacientes con dolor crónico por denervación neuronal primaria (anestesia dolorosa trigeminal) y secundaria (diesestesias post - cordotomía).

A continuación se resumen el tipo de operaciones quirúrgicas que emplean procedimientos de lesión para bloquear el dolor epicrítico o protopático:

RIZOTOMIA SELECTIVA DE LAS FIBRAS C Y DELTA: Utilizada en la neuralgia del trigémino.

DREZ: Sección selectiva de fibras dolorosas en la raíz dorsal, utilizada en los casos de Herpes Zoster, la cordotomía lateral (sección del tracto espinotalámico) (Weer, 1959), la lesión de los núcleos talámicos (UCPCI) y Lipov (Hassler R, 1970) y la ablación de la corteza apercular (Fields, 1984) que interfiere en el sistema epicrítico.

La mielotomía (sección del fascículo propio espinal y de las fibras cruzadas del tracto espino talámico), la lesión de la porción medial de la formación reticular (FRAA) mesencefálica (Bettag W., 1966, citado en Foley y Payne, 1992), y de los núcleos talámicos centromedianos, parafascicular e intralaminares (Tsubokawa, 1975) y la ablación de la porción supracallosa del giroscingulo interfieren en el sistema protopático (Ballantine, 1967, en Hilgard, 1990).

Otros procedimientos de lesión se han orientado a controlar las reacciones paralésicas vegetativas y emocionales. La lesión del hipotálamo posterior (Sanok, 1975 y Fairman D., 1976, en Foley y Payne, 1992), y el complejo amigdalino (Jalasic F., 1976) y a interferir con el análisis subjetivo del dolor y su interpretación: las lesiones, las conexiones tálamo - corticales combinadas con la pulvinar parietal y dorso - mediano frontal (Mayer 1976, en Foley y Payne, 1992).

La resección del lóbulo (Lobectomía) anterior de la hipófisis utilizada para el control del dolor en pacientes con carcinomas mamarios y prostáticos, posiblemente actúe alterando el contenido normal de endorfinas y serotonina (Moricca, 1975, en Hilgard, 1990).

Por otro lado los procedimientos de estimulación eléctrica para activar los sistemas competitivo y aferente supraespinal son: Estimulación transcutánea de las raíces espinales posteriores (Richardson D., 1977), del núcleo talámico VPL y de la corteza somatosensorial primaria que activa al sistema competitivo y la estimulación de la formación reticular periventricular y de la sustancia gris periacueductual y de la columna postero lateral de la médula espinal que activa el sistema supraespinal aferente.

Queda por determinarse si el efecto analgésico de la neuro - estimulación se debe a una activación independiente o combinada de estos sistemas.

C) BLOQUEOS

Una de las principales técnicas antidélicas las constituyen los bloqueos, los cuales tienen entre sus antecedentes a la acupuntura, practicada en China 3000 a.C.; Sigmund Elshom en 1665 intentó inyectar un opioide para obtener insensibilidad al dolor. Y en 1845 Rynd y Dublin publican un reporte en el que hacen mención de un instrumento especial "hecho para la inyección subcutánea de fluidos que incidirán en los nervios". Desde entonces las investigaciones en este sentido han sido profusas. (Foley, 1989).

Sin embargo, no ha sido hasta décadas recientes que se registraron grandes progresos en el desarrollo y aplicación de estas técnicas y de inyección regional o local (Bonica, 1953).

Los bloqueos son técnicas muy útiles en el diagnóstico, pronóstico y terapéutica del dolor. Así, un bloqueo nervioso con fines diagnósticos puede proporcionar un efecto terapéutico, así como el éxito o fracaso de un procedimiento terapéutico en ocasiones aporta datos diagnósticos importantes.

Los bloqueos nerviosos con fines diagnósticos se realizan por las siguientes razones:

1.- Para identificar las vías nerviosas que intervienen en la transmisión central de la información nociceptiva desde la periferia.

2.- Para determinar si las vías del dolor afectadas las median en forma predominante neuronas simpáticas o sensitivas.

3.- Para obtener datos que indiquen si en el dolor del paciente hay predominancia periférica o de origen central.

4.- Para indicar al paciente un procedimiento neurálgico "permanente" en términos de un bloqueo motor, sensitivo y simpático.

En este sentido, cuando se intenta un procedimiento de naturaleza irreversible (bloqueos neurálgicos destructivos, p. ej.), un método que proporciona un informe satisfactorio consiste en realizar un bloqueo anestésico local reversible (aquí el bloqueo es con fines pronósticos). Este tiene tres objetivos principales: 1) Demostrar si es posible el alivio del dolor; 2) Proporcionar la oportunidad de descubrir si el paciente puede adaptarse a los efectos secundarios, y, 3) Ayudar a localizar el nervio e identificar las variaciones anatómicas que pueden ser genéticas o adquiridas mediante la terapéutica. (Newman, 1983, citado en Foley y Payne, 1992).

Por otra parte, la respuesta de un paciente a un bloqueo nervioso diagnóstico a veces se confunde con el fenómeno placebo. Aquí el problema es identificar la verdadera respuesta al bloqueo. Resulta frecuente que la respuesta placebo se malinterprete y se piense que en el dolor tratado existe un componente psicósomático muy importante. La respuesta positiva a una inyección de un agente sin acción farmacológica (p. ej. solución salina) contraindica de manera general, el bloqueo neurolítico. Sin embargo, bloqueos diagnósticos de repetición y tal vez más especializados, han de realizarse en estos sujetos para confirmar el resultado de un bloqueo "permanente".

El uso de anestésicos locales para realizar un bloqueo diagnóstico ha sido el mástil del arsenal farmacológico durante muchos años. La respuesta del paciente hacia diferentes potencias de anestésicos locales y la duración del período de analgesia incapacitan al médico para sacar conclusiones sobre las vías neurológicas específicas que intervienen y por tanto, elaborar un adecuado plan de acción (Cherry, 1992, en Foley y Payne, 1992).

Así, el uso con diferentes potencias de anestésicos locales se basan en lo que el Dr. Cherry considera principios farmacológicos equivocados. Por ejemplo, se han efectuado diferentes bloqueos epidurales mediante el uso gradual de diferentes potencias de analgésicos locales. Se ha aceptado que el uso de Lidocaina al 0.25% puede lograr solo un bloqueo simpático, dejando intactas algunas fibras sensitivas y motoras pues estas son de diámetro mayor y por tanto más resistentes a esta concentración de Lidocaina, la cual al 0.5% efectúa tanto un bloqueo sensitivo como simpático, y deja libres las fibras motoras, mientras que al ser administrada el 1% podría en teoría, bloquear todas las fibras nerviosas.

Si un sujeto indica alivio del dolor con Lidocaina al 0.2% se deduce que el dolor se condiciona a través de fibras simpáticas. En tanto si señala un alivio del dolor con Lidocaina al 0.5%, entonces se colige que el dolor viaja a través de fibras sensitivas. El alivio del dolor reportado, si se usa Lidocaina al 1% queda entonces abierto a diferentes interpretaciones.

En consonancia con la postura del Dr. Cherry se ha demostrado que el orden en que las fibras se bloquean no se relaciona necesariamente con el grosor de las mismas (Gissen, 1992). Por estas razones el Dr. Cherry piensa que el bloqueo llamado diferencial no se debe usarse más en la actualidad.

Los hallazgos de receptores opioides en los cuernos posteriores de la médula ha permitido el diagnóstico mediante un bloqueo epidural con opioides. Si un paciente informa alivio del dolor después de la administración intraespinal de estos agentes, entonces se infiere que su dolor se origina en una posición distal a los cuernos posteriores de la médula, esto es, que es de origen periférico. En cambio si no indica alivio del dolor entonces la fuente predominante del mismo es central en relación a la médula espinal, o que la terapéutica no responde con opioides.

El bloqueo epidural diagnóstico con opioides se emplea cuando la valoración física y psicológica deja duda acerca de la base nociceptiva que origina el dolor y la relativa importancia de la nocicepción periférica comparada a la central.

Actualmente algunos autores sostienen que los "bloqueos nerviosos periféricos permanentes" no tienen o tienen poco lugar en el manejo moderno del dolor. Desde que se introdujeron los opioides por vía epidural en el manejo del dolor causado por cáncer, se ha presentado una disminución importante en las necesidades de realizar bloqueos neurológicos destructivos subaracnoideos.

Los llamados bloqueos pronósticos deben efectuarse con más frecuencia debido a que no es poco común que los pacientes, después de un procedimiento neurológico destructivo importante, digan que si hubieran sabido de los efectos colaterales de ese procedimiento no hubieran dado su consentimiento. Esto mismo ha llevado a litigios y acciones legales en contra del facultativo.

En cuanto a los bloqueos nerviosos terapéuticos en casi todas las circunstancias estos procedimientos no dañan al paciente y si en cambio pueden proporcionarle algún beneficio. Algunos de los síndromes que responden al bloqueo nervioso terapéutico con anestésicos locales son la cicatriz retráctil, disfunción simpática refleja y síndrome miofacial (Foley, 1992).

Dichos bloqueos se han usado tanto para aliviar el dolor posoperatorio como crónico.

Una división establece: Bloqueos no neurológicos (articulares, musculares, puntos gatillo) y 2) Bloqueo neurológicos (epidurales p.ej.). Las sustancias más usadas para llevar a cabo dichos bloqueos son el fenol, sulfato de amonio, solución hipertónica fría y diferentes potencias de alcohol.

Como ya se indicó diversos autores (Cherry, Payne, Foley, entre otros) opinan que antes de llevar a cabo un procedimiento destructivo se deberán agotar previamente todos los medios relativamente conservadores pues son muchos los efectos colaterales y grandes como graves las potencialidades de daño en el paciente que se somete a dichos procedimientos destructivos.

D) TENS

La estimulación eléctrica transcutánea (TENS por sus siglas en inglés) para el control del dolor tiene una larga historia. Ya en la antigüedad se hacía uso de la electricidad de las anguillas para tratar la gota. El renovado interés por la terapia y la estimulación eléctrica para el tratamiento del dolor sin duda se reafirmará como una herramienta para controlar ciertos síndromes dolorosos (SD).

Uno de los éxitos más espectaculares de la estimulación eléctrica se ha dado en la terapia de las secuelas dolorosas por lesión del nervio (Campbell, 1988, en Foley y Payne, 1992).

El principio consiste en activar las fibras nerviosas que proporcionan la sensibilidad del área proximal al área lesionada. Esto se consigue con la estimulación de la médula espinal o del nervio afectado. La frecuencia del estímulo oscila entre 50 a 100 Hz. Antes de considerar fallido el tratamiento, conviene inducir parestesias en el área dolorosa. La intensidad del estímulo ha de ajustarse al momento en que el paciente perciba parestesias intensas pero no desagradables. Parece carecer de importancia que el ánodo y el cátodo estén uno junto al otro.

El factor más importante que limita el uso de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea es la irritación de la piel; en ciertas ocasiones pueden utilizarse implantes de estímulos. Los electrodos pronto quedan disponibles para colocarse alrededor del nervio y programarlos para inducir un máximo de parestesias en el área deseada cuando se inserten a un receptor de radiofrecuencia. El receptor puede colocarse por debajo de la piel en un sitio conveniente y activarlo mediante una antena con fuente externa de energía. La antena se ubica por arriba del receptor que se implanta.

Para el dolor de extremidades inferiores puede ser de gran ayuda la estimulación eléctrica de la médula mediante electrodos implantados en el espacio peridural.

El tratamiento por estimulación eléctrica es tan solo una terapéutica sintomática y no revierte el proceso patológico fundamental.

Hay una gran variedad de secuelas dolorosas a la lesión nerviosa. Además del tratamiento quirúrgico, el tratamiento médico puede ser de gran utilidad en estos problemas.

Es necesario elaborar un diagnóstico exacto del trastorno que se trata para lo cual es menester, a su vez, un profundo conocimiento de la anatomía del sistema nervioso periférico y de los procedimientos auxiliares. (Gutiérrez, 1991, citado en García Olivera, 1991).

Así, si el tratamiento directo del problema no es posible, se tiene la alternativa de aliviar los síntomas por medio de narcóticos o de estimulación eléctrica.

La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) también se ha indicado en el tratamiento del dolor de origen central pues proporciona buena analgesia al principio, pero muy pocos pacientes consiguen mejoras a largo plazo. No obstante en estos casos es conveniente una sesión intensiva de TENS y se debe instruir a los pacientes para que practiquen la colocación de electrodos y para que utilicen los parámetros de estimulación en un intento por encontrar una combinación efectiva. No se recomienda la estimulación de la columna dorsal. Asimismo, estas técnicas como aquellas más recientes de estimulación cerebral profunda debe ejecutarlas sólo un médico con experiencia en las mismas. (Sunderland, 1978, en Foley y Payne, 1992).

Es de suma importancia colocar los electrodos en el sitio próximo al dolor y donde hubo pérdida de sensibilidad (ya que otra indicación de la TENS es en la disminución de la sensibilidad local. La TENS es efectiva en el control tanto del dolor disestésico como fascinante de las neuropatías periféricas y conviene ponerla en práctica en una gran mayoría de pacientes. cuando hay hiperpatia la aplicación de TENS incrementa el dolor si los electrodos se colocan de modo incorrecto. Otras indicaciones de la TENS aunque con resultados limitados y mejora poco persistente las tenemos en el dolor radicular (segmentario), dolor visceral, espasmos musculares, dolor mecánico, entre otros.

E) OTRAS TERAPÉUTICAS (ACUPUNTURA, FISIOTERAPIA, ETC.)

Existen otras terapéuticas no medicamentosas que pueden ser de utilidad en el manejo del dolor. Entre otras sobresalen la acupuntura, la fisioterapia la radioterapia y la terapia ocupacional. En todas ellas las buenas relaciones con el especialista son de gran importancia. (Schefer, 1989, en Székely, 1991).

1.- *La fisioterapia y la terapia ocupacional son útiles en este sentido al aumentar la energía potencial del enfermo y en ocasiones no solo reducen el dolor muscular y articular del enfermo manteniendo la movilidad sino que también elevan el estado de ánimo del mismo. (Rodríguez, 1984, en Foley y Payne, 1992).*

2.- *Es necesario tener siempre en consideración la condición general del paciente antes de referirlo a los tratamientos mencionados.*

3.- *Asimismo, cada una tiene sus indicaciones así como sus limitaciones propias sobresaliendo el hecho de que comparten el ser terapias sintomáticas.*

Hay mucho por precisar en estas modalidades alternativas para el manejo del dolor. La investigación es exigua, más sin embargo existen avances e interés en la misma.

Las indicaciones precisas en estos enfoques y manejos del dolor no han sido aún bien establecidas. Sin embargo se ha establecido que la acupuntura es útil en el dolor de origen central después de una lesión de médula espinal y para el dolor en enfermedades terminales; la fisioterapia es propia para los dolores del sistema locomotor musculoesquelético (artritis reumatoide, artrosis, etc.) y la radioterapia en el producido por las metástasis óseas.

F) LIMITACIONES DEL MODELO BIOMEDICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MODELO PSICOLÓGICO.

Desde épocas remotas los sistemas de salud se han enfrentado al problema del dolor crónico bajo una perspectiva dual, la de mente y cuerpo en la que ambas recibían atención de manera independiente. Todavía en la actualidad resulta poco claro porqué un grupo de pacientes con un diagnóstico médico idéntico y con una extensión de tejido dañado equivalente, responde de modo distinto a las mismas modalidades terapéuticas.

Resulta interesante, a la vez que indicadora de una de las limitaciones del modelo biomédico, la pregunta de porqué ciertos tratamientos que en apariencia carecen de bases fisiológicas, son benéficos para algunos pacientes.

Cada vez es más claro que el dolor (y en particular el dolor crónico), puede y debe considerarse bajo una perspectiva integral biopsicosocial. Desde esta perspectiva, el dolor más que una entidad somática o psicológica debe ser enfocado como un complejo fenómeno perceptual; como un producto de la interacción de estímulos nociceptivos del sensorio, de factores psicológicos y elementos sociambientales que lo generalizan y modulan a la vez (Turk y Thomas, 1992).

Resulta claro que en ciertas condiciones y síndromes, el componente sensitivo contribuye más que los factores psicológicos o ambientales (P. ej. neuralgia del trigémino); en tanto que en otros los factores psicológicos y/o ambientales pueden magnificar la experiencia de manera desproporcionada (P. ej. cefaléas tensionales). Es en estos últimos casos donde el modelo biomédico vuelve a encontrar limitaciones. Tenemos también los casos en que si bien la causa inicial del dolor puede haber sido la patología hística, los factores psicológicos y/o socioambientales ejercen su efecto y aumenan la experiencia dolorosa sea de una manera directa o indirecta. Por ejemplo, los factores psicológicos pueden llegar a traducirse en hiperreactividad muscular llegando a incrementar así la estimulación nociceptiva. De manera indirecta los factores socioambientales (correlatos de lo psicológico) terminana reforzando en la mayoría de los casos la inactividad y de esta manera la atrofia muscular resultando en su mayor debilidad y desacondicionamiento, incapacidad física y dolor momentáneo incrementado. Es el caso del individuo con dolor crónico a quien se le exime de tareas y actividades normales, llegando a sentirse inútil y cada vez más aislado de la realidad. De esta manera las manifestaciones conductuales del dolor y sufrimiento se alientan y mantienen aún después de resuelto el problema. El manejo que se requiere entonces se ubica fuera de los alcances de un modelo biomédico; siendo los modelos psicológicos y de las ciencias sociales los que han de sustentar una aproximación más apropiada y eficaz. (Fordyce, 1985).

Las limitaciones y desventajas (efectos colaterales, p. ej.) de las terapéuticas basadas en el modelo biomédico son muchas, y representan un reto para los facultativos avocados a la investigación y tratamiento del dolor el superarlas. (Ver Tabla 3).

Solo para precisar y dar mayor claridad a lo que se viene tratando, tenemos que las terapéuticas medicamentosas, como los bloqueos analgésicos son eficaces solo en algunos casos seleccionados y sus indicaciones como contraindicaciones no han totalmente establecidas. (Bonica, 1953).

Las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos son de consideración y falta mucho por esclarecer; estas complicaciones, o bien efectos colaterales, son los que limitan su uso y de alguna manera le son inherentes.

Como quiera que sea es cada vez más claro que la perspectiva que contempla al fenómeno del dolor como un producto multifactorial es la más válida como promisorio ante este problema que aqueja a toda la humanidad, dado que no se circunscribe solo a un grupo de pacientes afectados por diversas enfermedades y cuya proporción de los que padecen dolor como síntoma preeminente es también muy elevada.

CAPITULO III

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

**" LAS ENFERMEDADES DE LA
MENTE SON MUCHO MAS
DESTRUCTIVAS QUE LAS DEL
CUERPO ".**

CICERÓN

CAPITULO III

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

EN ESTE CAPITULO SE EXPONE EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL DOLOR EN SUS DIVERSAS MODALIDADES: TERAPIA CONDUCTUAL, COGNITIVO - CONDUCTUAL, RETROALIMENTACION BIOLOGICA (RAB), HIPNOSIS Y ASESORIA FAMILIAR Y DE PAREJA. ASIMISMO SE SEÑALAN ALGUNAS DE LAS LIMITACIONES DEL MODELO PSICOLOGICO Y SE FINALIZA CON LA EXPOSICION DE VIÑETA CLINICA.

TERAPIA CONDUCTUAL O ENFOQUE DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

MANEJO AMBIENTAL.

Este enfoque se sustenta básicamente en tres premisas: 1) el paciente con dolor ejecuta conductas dolientes, que comunican su experiencia dolorosa, por lo que le son funcionales; 2) dado el carácter público y observable de las conductas dolientes estas son susceptibles de condicionamiento y aprendizaje, por lo que son condicionables; 3) el paciente aprende que al quejarse de dolor puede influir y precipitar el suministro inmediato de consecuencias reforzantes, por ejemplo: atención, evadir responsabilidades, suministro de analgésicos, etc.

El tratamiento acorde a este modelo comprende dos metas: 1) disminuir la frecuencia de las conductas dolientes al discontinuar y/o suprimir el suministro de consecuencias reforzantes y, 2) aumentar la frecuencia de conductas ajustadas o adaptativas.

Así, conductas (muecas, protegerse, pedir medicamentos, etc.), como la percepción mismas del dolor disminuirán, cuando dejen de ser reforzadas, y viceversa aumentarán su probabilidad de ocurrencia cuando sean seguidas por consecuencias positivas o gratificantes. (Fordyce, 1986).

Las limitaciones de este enfoque se derivan de lo costoso y complicado que implica el identificar, programar y controlar estas consecuencias una vez identificadas en el ambiente hospitalario y familiar (Domínguez, B. 1990).

INTERVENCIONES COGNITIVO - CONDUCTUALES.

Los métodos cognitivo - conductuales para el control del dolor tienen como principal propósito modificar los pensamientos, imágenes mentales y distorsiones que contribuyen en forma directa o indirecta al cuadro clínico (Székely, D. 1991), y de ello derivan, precisamente algunas limitaciones de este enfoque, dado que en el proceso de dicha modificación de las cogniciones se habrán de afrontar actitudes opositoras, por parte de quienes rodean al sujeto. Implicando un mayor esfuerzo y complicación que en ocasiones pueden sobrepasar las capacidades del clínico que las enfrente. Presentándose en ocasiones como un escollo insalvable durante el tratamiento. Cabe mencionar como una limitación más del tratamiento psicológico el desconocimiento obvio y con base racional del manejo del paciente por parte de otros profesionales que le atienden. Por ejemplo, el cirujano, el algólogo, acupunturista, etcétera.

Una característica de este enfoque es ayudar al paciente a desarrollar una serie de estrategias y pensamientos orientados hacia la acción práctica; se establecen tareas concretas que van aumentando progresivamente en complejidad. Así, esta perspectiva asume que los individuos son antes activos que procesan información sin cesar. En este sentido, los objetivos del enfoque cognoscitivo - conductual están relacionados con la determinación de como las personas recolectan, almacenan, modifican interpretan, comprenden y usan la información generada tanto del interior como de estímulos ambientales (Merluzzi, Rudy y Glass, 1981). En este enfoque se concibe el humano como un buscador activo y seleccionador, creador y usuario de la información.

Este enfoque considera al paciente como sujeto activo de su propia terapia, siendo así que los resultados están en función de las acciones del sujeto. Las estrategias de esta técnica dan por hecho que los individuos son aptos para el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento y pensamiento.

Una premisa importante aquí es que los pensamientos pueden activar o modificar los afectos, lo que a su vez, impele para la adopción de determinadas conductas y viceversa, que los efectos y conductas pueden facilitar o inhibir ciertos pensamientos (Turk, D. 1992).

La modificación de las cogniciones (valor asignado a las cosas, circunstancias, personas, etc.) resume de manera esquemática la meta central de este enfoque.

Se parte de la premisa de que todo ser humano polariza o matiza con valencias positivas o negativas los fenómenos intrapsíquicos o extrapsíquicos. Y esta valencia (valor asignado) determina la percepción o conducta del sujeto respecto a diversas manifestaciones de la realidad, dentro de las cuales el dolor es sólo una de ellas.

Por otra parte las técnicas cognitivas para enfrentar o reducir el dolor pueden dividirse en dos categorías: las que intentan evaluar y reevaluar el contexto en el cual se experimenta el dolor y las que buscan distraer la atención del dolor experimentado (Turk, Meichembaum y Genest. 1985). La visualización o imagen mental en aquellos procedimientos cognitivos de "ensayo", actúan haciendo que el sujeto imagine que participa en actividades gratas. Esta táctica actúa como un catalizador de nuevas actividades, como un "puente mental" que conecta la idea con el comportamiento. Estas imágenes mentales generalmente son incompatibles con el dolor. Son fáciles de manipular y esto facilita el tratamiento. Por ejemplo, si un paciente descubre que una visualización ya no funciona, puede cambiar a otra con facilidad. (Székely, 1991).

Las estrategias cognoscitivas son múltiples y variadas. A guisa de ejemplo tenemos aquellas que consisten en ignorar (a través de la desviación de la atención) una sensación dolorosa, transformando una sensación en otra menos incómoda (este es un elemento común en los métodos de imaginación visual y sensorial presente en la hipnosis, el yoga y otras estrategias).

Las características distintivas de este enfoque para el manejo de síndromes dolorosos son: 1) los humanos desarrollan patrones adaptativos y desadaptativos ante la experiencia del dolor a través de la vía de procesos cognoscitivos; 2) Estos procesos cognoscitivos están funcionando activados por procedimientos que son generalmente isomórficos a los estudiados en el Laboratorio del aprendizaje humano y; 3) en consecuencia la tarea del especialista es la de un educador que evalúa y diagnostica el proceso desadaptativo y subsecuentemente diseña y aplica experiencias de aprendizaje que alteren o reestructuren las cogniciones y promuevan modificaciones en las conductas con las que están correlacionadas. (Turk y Salovey, 1985).

El clarificar los vínculos entre las cogniciones y la conducta cuando se aplican diferentes técnicas psicológicas es meta preponderante en este campo (Turk y Salovey, 1985). En otros términos, el objetivo sería examinar por qué rúa los factores cognoscitivos se combinan o interactúan con los sensoriales para definir la experiencia del dolor.

Por otro lado, es premisa básica que estos procesos cognoscitivos determinen las percepciones que definen los reportes del dolor. Los pensamientos del paciente actúan - directa o indirectamente - en sus procesos sensoriales, por ejemplo, la desesperanza de un paciente (desamparo aprendido) puede conllevar a una reducción en su nivel de actividad (v.gr. incapacidad laboral) y esta, a su vez, a un paralelo aumento de atrofia muscular como resultado indirecto de las cogniciones sobre su fisiología. Otro caso es el llamado estilo de pensamiento catastrofizante (pesimista), el cual puede producir hiperactividad muscular que en sí misma se constituirá como factor generador de estimulación nociceptiva (Domínguez, 1991).

En síntesis en ningún sentido el dolor se encuentra exclusivamente localizado en el sitio de la lesión o a nivel central. sino que está ubicado en un circuito interactuante de alta complejidad: los pensamientos, las sensaciones y las fantasmas son reverberaciones de los circuitos neuronales. De ahí que en el estudio de drogas supresoras del dolor se incorpore casi siempre un grupo control con placebo, pues el solo hecho de suministrar un píldora (aún que ésta sea sólo de azúcar) constituye un poderoso símbolo (o representación mental con sus correspondientes correlatos fisiológicos) que por sí sola puede reducir el dolor en muchas personas.

PROGRAMA COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA TRATAR EL DOLOR CRÓNICO.

Dado que el dolor representa una experiencia multidimensional se requieren procedimientos multifactoriales que cubran los diversos componentes que lo estructuran o que incorporen los datos médicos con los conductuales y psicosociales. De ahí la necesidad de una variedad de métodos como: entrevistas estructuradas, valoraciones de la conducta, evaluaciones psicofisiológicas, pruebas psicológicas, valoración de apoyos sociales y/o familiares, escalas de dolor, interacción del personal tratante y evaluación de las consecuencias cognoscitivas, físicas y conductuales de la experiencia dolorosa. Es necesaria una revisión de los registros médicos (estudios diagnósticos y examen físicos), así como la valiosa pero no siempre bien apreciada información de los relatos aparentemente ajenos al dolor que refiere al paciente y otras personas cercanas a él. De gran importancia para decidir el diagnóstico así como el tratamiento integrales resulta la evaluación de la relación sensación dolor incapacidad (Turk y Rudy, 1986; Karoly y Jensen, 1987 y Flor y Turk, 1989).

La información que se recopila sirve para la determinación de que procesos terapéuticos son los más apropiados para elaboración de un plan de tratamiento. Cuáles conductas y metas deben ser el blanco de la intervención terapéutica.

Antes de poner en marcha cualquier programa enfocado al manejo de síndromes dolorosos, en una primera fase es menester una entrevista y evaluación previa del paciente, así como una labor conjunta con los demás profesionales que intervienen en el tratamiento del síndrome doloroso del mismo. Los programas cognitivo - conductuales incorporan este requisito a sus esquemas de tratamiento.

Así, es necesaria: 1) La administración de distintos instrumentos de evaluación con objeto de obtener información sobre diversas áreas de la vida del paciente (información demográfica, datos sobre la descripción del dolor, efectos del mismo sobre el funcionamiento diario, información sobre estrategias de comportamiento, etc., 2) entrevista con el paciente y personas significativas para él. Aquí se debe averiguar: A) Respuestas incompletas de la pre - entrevista, B) Emplear una entrevista semiestructurada para tener la seguridad de que se incluyeron todos los temas importantes.

Aéreas que debe cubrir la entrevista:

- 1) Descripción e historia del dolor.*
- 2) Tratamientos previos para el dolor y sus efectos.*
- 3) Efectos del dolor en las relaciones familiares.*
- 4) Salud mental y relaciones interpersonales.*

Se insiste en la importancia que reviste el hablar con otras personas significativas que acompañen al paciente para corroborar la información obtenida considerando los efectos del dolor en las relaciones familiares; y acerca de la manera en la cual los miembros de la familia son responsables del paciente.

En la segunda fase - denominada de asignación de tareas se provee al paciente con diarios sobre su dolor para registrar niveles diarios del mismo, posiciones, usos de medicamentos y actividades. Es muy importante explicitar las razones para el uso del diario (p. ej. que es necesario para valorar como el dolor afecta su vida diaria, como una medida pretratamiento etc.). Así mismo es necesario dar instrucciones claras y precisar respecto del uso del diario. Si es necesario dar a las personas allegadas al paciente diarios del dolor para registrar su percepción respecto a las posiciones y grados de dolor del paciente, así como del uso de medicamentos y actividades de éste.

Las intervenciones cognitivo - conductuales no se ponen en práctica exclusivamente para el tratamiento del dolor crónico, pues desempeñan además un papel de integración y reforzamiento de las medidas físicas y ocupacionales.

Por medio del proceso terapéutico el dolor es reconceptualizado, enfatizando el aprendizaje adaptativo y la destreza para fijar límites que nacen del autocontrol del dolor y del sufrimiento. Para que se logre este autocontrol es necesaria la modificación de una parte del repertorio de respuestas bien establecidas, habituales y automatizadas pero inefectivas hacia una planificación sistemática de la manera como va a enfrenarse el problema, y hacia un control efectivo más un comportamiento estable.

El manejo cognitivo - conductual del dolor es un conjunto de técnicas de tiempo limitado, que se orienta hacia la acción y que en general posee 4 grandes objetivos: 1) reconceptualizar la visión que el paciente tiene de su sufrimiento: llevarlo de un estado de abatimiento y desaliento a uno de reforzamiento y auto-confianza; 2) Asegurar que los pacientes aprendan a vigilar sus pensamientos, sentimientos, comportamientos, la relación con el medio y sus síntomas; 3) Garantizar que son capaces de la ejecución, cuando sea necesario, de comportamientos abiertos o encubiertos para el manejo con eficacia con respecto a los problemas que tienen que ver con su dolor y; 4) Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamiento, sentimiento y respuesta. en la figura 3 (ver apéndice) se incluyen los objetivos clínicos psicológicos en la evaluación no médica del dolor crónico.

HIPNOSIS Y RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA (RAB).

Las Técnicas de Retroalimentación Biológicas (RAB) e Hipnosis son procedimientos para explorar, modificar o reestructurar las estructuras y procesos cognoscitivos.

La retroalimentación Biológica (RAB) es una técnica terapéutica que requiere en condiciones ideales pero no necesarias del uso de instrumentos electrónicos para medir, procesar e indicar la actividad inmediata de varios procesos o funciones psicofisiológicas de los que los sujetos normalmente no se dan cuenta (ritmo cardíaco, respuesta galvánica de la piel, temperatura, etc.) de tal manera que el paciente, cliente o sujeto tenga la oportunidad de modificar y/o desarrollar un control voluntario sobre dichos procesos corporales una vez que se ha adiestrado en algunas técnicas psicológicas que hagan factible dicho control.

La información de la actividad de los procesos mencionados puede presentarse en cualquier forma a una o más modalidades sensoriales. Esta información puede guiar a la persona de tal forma que pueda facilitar su control y así involucrarse activamente en el proceso de aprender su autorregulación (Schwartz, 1982).

Se puede decir que el propósito del entrenamiento en RAB es enseñar al sujeto como cambiar o modificar algunas funciones fisiológicas, o bien, su conducta por medio de información que les permita lograr una autorregulación significativa y voluntaria en ciertas áreas de la vida (Perlin, 1982).

De esta manera se puede aprender a reducir y a aliviar algunos síntomas psicológicos o físicos como el dolor. El entrenamiento en RAB facilita la reducción en el nivel de estrés al aprender a dirigir la atención directamente a los procesos fisiológicos pertinentes. Dicha técnica permite el control voluntario de funciones corporales dependientes del sistema nervioso autónomo. El cual, cabe mencionarlo, se activa ante situaciones de estrés produciendo diversas reacciones neurovegetativas (V. gr., aumento en la tasa cardiaca, en la respuesta galvánica etc), de que finalmente inciden en forma negativa sobre el dolor, particularmente el producido por espasmos o contracciones.

Asimismo, la posibilidad del empleo de esta técnica para el estudio y control de las emociones permiten aprender a detectar y transformar las respuestas corporales correlacionadas a ellas. Este control de los estados emocionales permiten pensar en la validez del estudio y control de las mismas con objeto de lograr una aplicación en la terapéutica del dolor.

De esta manera, cambiando los estados internos, una vez identificados a través de reportes verbales o de parámetros fisiológicos, puede el paciente con ayuda del especialista controlar este mismo parámetro fisiológico en la dirección requerida.

Para provocar o controlar dichos cambios el terapeuta recurre a diversos métodos. Por ejemplo, sugiere el cliente que no se esfuerce mentalmente, que permita que los cambios ocurran (Peper, 1979) o que evoque imágenes que correspondan al estado deseado.

En el tratamiento con RAB de Síndromes Dolorosos (SD) los aparatos más comúnmente utilizados son el electromiógrafo, baumanómetros, termómetros varios y actualmente tecnología más avanzada que permite la medición de la temperatura periférica, respuesta galvánica de la piel y tasa cardiaca, tono muscular, presión arterial, entre otros.

Adicionalmente, los pacientes pueden confundir los síntomas de activación simpática asociados con el estrés emocional de aquellos producidos por la estimulación nociceptiva. En otras palabras la actividad fisiológica producto del estrés puede ser rotulada como dolor más que como alteración emocional. (Domínguez, 1992).

En resumen, el estrés puede afectar tanto los parámetros fisiológicos como la interpretación de la información sensorial que puede a su vez distorsionar o ampliar la percepción del dolor. En consecuencia, la disminución del estrés y la ansiedad debe ser objeto de atención y manejo en el tratamiento de Síndromes Dolorosos.

HIPNOSIS.

Por otra parte, aunque no se sabe con precisión cuando se descubrió que el fenómeno conocido como hipnosis podía actuar como un medio para producir analgesia, la utilización de medios psicológicos para suprimir el dolor está registrada en documentos antiquísimos, de los cuales el papiro de Ebers de más de 3000 años, así como algunas alusiones en el Talmud y la Biblia son solo algunos ejemplos. Se ha considerado que la primera experiencia registrada en la literatura fue la llevada a cabo por Recamier, el 7 de Noviembre de 1820: "La levantó varias veces de la silla, la pelliscó le abrió los ojos y ella no sintió nada" (Foissac 1833). Recamier que en ese entonces gozaba de buena reputación como cirujano, sometió a otros dos pacientes, a la prueba del cauterio.

Se puede definir a la hipnosis como una modalidad de interacción social en la que una persona o paciente responde a la sugerencias ofrecida por otra persona o terapeuta, el especialista en hipnosis u operador, para experimentar alteraciones en la percepción, respuesta fisiológicas, memorias y conductas.

La analgesia hipnótica muestra cómo un proceso psicológico interpersonal, puede actuar sobre las estructuras cerebrales hasta el punto de modificar las integración de la información a nivel cortical y provocar una transformación de la vivencia corporal y del comportamiento (Chertok, 1979).

Quienes emplean la hipnosis han ideado métodos ingeniosos para manejar o producir la reducción del dolor. En general se consideran los siguientes procedimientos:

- 1.- La sugestión directa de la reducción del dolor.*
- 2.- La alteración de la experiencia del dolor.*
- 3.- Alejar la atención del dolor y de su fuente.*
- 4.- Analgesia hipnótica. Uso o creación imaginativa de mano o dedo "curativo". Se sugiere al sujeto que alguna de sus manos o dedos se harán insensibles y esta insensibilidad podrá "pasarla" o "transferirla" a la parte adolorida. Previamente se le aplica la escala subjetiva del dolor (0-10) para efectuar un monitoreo continuo.*
- 5.- Modificación de los estímulos dolorosos. Se selecciona una imagen mental gradualmente diferente.*

- 6.- *Desplazamiento del dolor a otras partes del cuerpo. O bien, se puede establecer la adquisición de un control psicológico sugiriendo; " se puede quedar un poco, lo demás se va".*
- 7.- *Disociación del dolor con imaginación guiada: ser otra persona, otro lugar, otro tiempo, otra memoria.*
- 8.- *Control del pensamiento "catastrofizante". Esta técnica se enfoca a disminuir la experiencia dolorosa, el estrés y la depresión. (Barber, 1982).*

A guisa de ejemplo podemos decir que una sugestión directa consiste en sugerir que la región dolorosa se entume, o bien, que imagine el paciente que un anestésico local se le está inyectando, que los miembros de su brazo están siendo controlados por interruptores de su cerebro y que puede apagarlos, o también que imagine que el dolor es convertido en otra sensación. (Hilgard, 1979).

Existe abundante literatura sobre el control hipnótico del dolor, coincidiendo la mayoría de los autores en que la hipnosis es útil en el alivio del dolor tanto agudo como crónico, o bien actuando sobre los procesos o factores psicosociales que pueden contribuir a la exacerbación del mismo. (v. gr. conflictos familiares y/o laborales).

*En este mismo orden no todos los pacientes a los que se les dan órdenes de que se volverán insensibles responden de manera positiva a ellas, ya que no toda la gente es receptiva a la hipnosis. La hipnosis por sí sola, solo es efectiva en el 18% de pacientes seleccionados (Kroger, 1974). **

Una pregunta que se deriva de lo anterior es la de que si existe una corrección entre el grado de receptividad y la reducción o alivio del dolor.

() Constancias referentes a casi 20.000 casos manejados por varios investigadores en el siglo XIX indican que aproximadamente 10% de sujetos no aceptaron la hipnosis o no fueron susceptibles a ella; 30% no pasó de un estado de adormilamiento, otro 30% llegó a un estado moderado y el resto cayó en un estado profundo. (Hilgard, 1975).*

Diversos estudios experimentales indican que la cantidad de dolor que reduce la sugestión está relacionada en forma positiva con la receptividad hipnótica medida con diversas escalas de susceptibilidad hipnótica como lo es la Escala de Susceptibilidad Stanford. (Ver Apéndice Fig. 2).

En general se ha encontrado que la susceptibilidad hipnótica sigue una distribución acorde a la curva de campana o de Gauss. Hecho que confirma la idea de que el grado de susceptibilidad o receptividad a la hipnosis es una respuesta individual pues varía de acuerdo a los sujetos que son sometidos a una técnica de hipnosis.

Generalmente se aceptan 2 paradigmas para abordar el estudio de la hipnosis. El primero ha predominado en países anglosajones en tanto que el segundo, por cierto más emparentado con posturas de hipnosis tradicionales, ha encontrado mayor aceptación en la parte Continental de Europa.

1) Paradigma - Cognocitivo - Sociopsicológico: a) El individuo como agente activo deliberado de la actividad cognoscitiva para afrontar positivamente eventos nocivos (Barber, 1959; Genest., 1983).

- Aumenta umbral y tolerancia al dolor:
- a) Imaginación
 - b) Distraerse
 - c) Frases de afrontamiento.

b) La reducción en el reporte del dolor se relaciona con el permiso y orden " use lo que sabe" y con la adquisición de nuevas habilidades.

II.- PARADIGMA LA HIPNOSIS COMO UN PROCESO ESPECIAL (HILGARD, 1977)

- a) Individuos susceptibles: Un componente conciente, relajación y distracción y uno inconsciente, disociación alta.
- b) Simultáneamente un sujeto puede experimentar conscientemente niveles bajos de dolor y paralelamente niveles altos de dolor disociado.
- c) Los sujetos con baja susceptibilidad no pueden reducir el dolor (Spanos, 1986).

En la actualidad las técnicas de hipnosis y retroalimentación biológica (RAB) se han combinado dando lugar a procedimientos convenientes para explorar, modificar o reestructurar los procesos cognoscitivos o sus correlatos psicofisiológicos dentro de un enfoque cognoscitivo - conductural. Es de resaltar que este enfoque permite abordar problemas tradicionales del campo clínico. Por ejemplo lo inconsciente, cuyos componentes operan fuera del estado de alerta fenomenológico. Influyendo en las experiencias, pensamientos y acciones conscientes.

Ante los fenómenos del comportamiento hipnótico se abre una perspectiva diferente para los enfoques del procesamiento humano de información la percepción subliminal y la memoria implícita (Hilgard, 1986).

Como ya se mencionó, hipnosis se considera una modalidad de interacción social donde una persona o paciente, responde a sugerencias ofrecidas por otra (hipnotizador o terapeuta), provocando en la primera alteraciones en las repuestas fisiológicas, percepción, memoria, procesos mentales y conducta. Un común denominador de estas experiencias es una alteración en la conciencia fenomenológica, por ejemplo, en la analgesia hipnótica los sujetos pueden incurrir en errores al experimentar la natural incomodidad de un estímulo doloroso (Hilgard, 1983).

Es importante establecer que esta reducción del dolor no esta mediada por efectos del placebo, opioides endógenos o por los efectos tranquilizantes de la relajación hipnótica.

Asimismo, un número de hallazgos (Spanos, 1986) indican que los estímulos dolorosos son adecuadamente registrados por el sistema sensorio-perceptual. Los correlatos psicofisiológicos, como la tasa cardíaca, responden al estímulo doloroso aún cuando el sujeto reporte sentir poco o ningún dolor.

Por otra parte, un paradigma o técnica importante es la del "Observador - Oculto" (Hilgard, 1986). En ella después de que se establece exitosamente la analgesia hipnótica el terapeuta intenta comunicarse con esta " parte oculta de la persona" que pudo haber registrado los estímulos dolorosos en su real intensidad. Así, muchos sujetos proporcionan reportes de dolor comparables a los recopilados bajo condiciones normales.

El "Observador Oculto" es una metáfora o si se quiere un equivalente para esta áreas o representaciones cognoscitivas no conscientes (lo inconsciente en el enfoque psicodinámico) y una manera en que puede accederse a este cuando la técnica tiene éxito; los sujetos pueden no estar conscientes del estímulo mientras éste es procesado por el sistema sensorio - perceptual.

Hasta la fecha la hipnosis ha sido empleada por terapeutas de diferentes aproximaciones teóricas, en un esfuerzo por facilitar su propia técnica (Edmonston, 1977, Domínguez y Cols., en prensa). Resaltando a su vez, el hecho de que una gran mayoría se ha alineado en un enfoque tradicional, conocido como enfoque de " estado de trance " o de " proceso especial ".

El uso combinado de hipnosis y RAB como técnicas vinculadas al enfoque cognoscitivo - conductual, planeta un panorama atractivo por las tareas de organización conceptual y análisis clínicos.

En principio, el enfoque de la RAB es más accesible a la prueba empírica y a la evaluación de su efectividad y al utilizarse de manera combinada con la hipnosis, estas características tienden a comparirse.

Los primeros partidarios de la convergencia hipnosis -RAB promovieron la hipótesis de que la primera facilitaba el aumento en la profundidad de la respuesta de relajación y acrecentaba la claridad de las imágenes durante la visualización (Edmonston, 1977; Flor y Turk, 1989. Naromore y Cols., 1982; Smith, 1988).

Clínicamente los pacientes pueden reportar notables mejorías con un procedimiento combinado de hipnosis y RAB.

Además de atribuirse una mayor respuesta de relajación con el uso combinado de Hipnosis - RAB, se ha postulado que aumenta la claridad - vividez con que se experimentan las imágenes durante la visualización hipnótica.

De acuerdo con el "enfoque de proceso especial de la hipnosis" (Hilgard 1986, Chertok, 1969) en el que se recurre para la interpretación - explicación de estos fenómenos a la formulación de procesos especiales tales como la disociación la priorización perceptual, etc., la mayor facilidad para producir imágenes claras y transparentes durante la hipnosis es atribuida a la presencia del llamado por algunos autores "Trance Lógico" en individuos susceptibles (Orne, 1959).

Por otra parte, el enfoque sociopsicológico de la hipnosis (Spanos, 1986) concibe a la hipnosis como una interacción conductual que puede describirse en los términos empleados en interacciones similares a otros campos de estudio psicológico. Este enfoque admite la incorporación a otros campos de estudio psicológico. Este enfoque admite la incorporación de los hallazgos del enfoque cognitivo - conductual, sin por ello restar importancia o validez al "enfoque de proceso especial" de la hipnosis. Esto reviste ventajas clínicas que comparten el enfoque cognoscitivo - conductual y el uso combinado de hipnosis y RAB.

Las aportaciones más sobresalientes en esta línea pueden ser ilustradas por los logros de Barber (1969; y Barber y Cols., 1963, 1969, 1974 y 1977) quienes encontraron que los "sujetos que ejecutan conductas llamadas hipnóticas" lo hacen cuando tienen actitudes, motivaciones, y expectativas positivas hacia la situación de prueba, lo cual facilita en ellos pensar e imaginar con los temas que les son sugeridos. Descubrimiento relativamente novedoso, pues autores del siglo pasado como el abate Faria, Bertrand y Noizet hablan hecho a la observación de que la cooperación, expectación y actitud positiva del sujeto era lo que explicaba el fenómeno hipnótico que no el fluido o "magnetismo animal" muy en boga en esa época.

A este procedimiento de reestructuración cognoscitiva Spanos (1971) lo llamó "Fantasía dirigida por metas" y Berber y Wilson instrucciones de "pensar con". Ambos elementos forman parte de la preparación necesaria para al ejecución del comportamiento hipnótico.

Considerando los anteriores argumentos el campo clínico de la hipnosis y la RAB puede verse enriquecido al incorporar técnicas que faciliten la evaluación objetiva de correlatos psicofisiológicos (a pesar de que es difícil postular que ciertos patrón objetivo de actividad psicofisiológica corresponderá siempre a un nivel específico de reestructuración cognoscitiva, ya que no siempre la respuesta de relajación se presenta paralela a una disminución uniforme y generalizada de la actividad del sistema nervioso simpático; e incluso diversos estudios indican que la variabilidad psicofisiológica es menor que la cognoscitiva) y las técnicas tradicionales como la hipnosis que dan acceso a las expresiones de la actividad cognoscitiva consciente y no consciente, regulando patrones de comportamientos disfuncionales o sintomáticos.

El enfoque combinado de la hipnosis y la RAB amplía el nivel de efectividad clínica sobre todo en aquellos casos en que involucran un componente subjetivo, cognoscitivo, sobresaliente. Por ejemplo el manejo del dolor (Flor y Turk, 1989).

ASESORÍA FAMILIAR Y DE PAREJA.

La experiencia de vivir con Dolor Crónico un largo período genera diversas reacciones en cada paciente. Pueden alterarse los procesos mentales normales y las relaciones sociales, laborales y familiares, con el fin de conseguir una adaptación apropiada es necesario el empleo de mecanismos de defensa, vigilar su frecuencia y regularidad y modificarlos de acuerdo a las circunstancias. Por lo general el paciente, en virtud de su dolencia se aísla y no tiene contacto con su medio social.

De hecho el paciente debe enfrentar dos retos: a) Tolerar el estrés generado por el dolor y b) Arrostrar la frustración que resulta ante el fracaso de establecer relaciones personales o interpersonales dentro o fuera de la familia.

La familia no solo en los casos de pacientes con Síndromes Dolorosos (SD) representa un sistema de apoyo. En ella el individuo encuentra satisfacción a sus demandas o necesidades tanto físicas (alimento, vestido, casa, etc.) como emocionales (afecto, cariño, etc.). Además es el ámbito en el que el individuo pondrá en práctica las destrezas y habilidades sociales que más adelante le servirán conforme vaya madurando, para poder así adaptarse mejor a las exigencias de la sociedad, o bien de la escuela, el trabajo u otros ambientes o circunstancias sociales.

Pero así como la familia puede proveer al sujeto de los elementos adaptativos que lo hagan responder de una manera más eficaz a las exigencias sociales así como ante situaciones problema, o bien, conflictivas, también suele instilarle o proveerle de actitudes, pensamientos, valores, conductas y repertorios que más que favorecerlos, en el sentido de un buen funcionamiento social, lo ponen en desventaja e incapacitan para responder de manera apropiada (adaptativa) ante las exigencias que su medio le requiera. Un sujeto con tales antecedentes enfrentará de manera inapropiada las diversas vicisitudes problemáticas o vivencias que se le presenten; dentro de las cuales el dolor puede ser una de ellas. Manteniendo, cuando no empeorando dichas vivencias o situaciones problema. Sean estas de origen interno o externo (socio ambiental).

Como ya se mencionó, la familia juega un papel determinante en la valoración y/o tratamiento del paciente que cursa con Síndromes Dolorosos.

De ella el clínico obtendrá información valiosa que no obtuvo del paciente. De igual manera todos los componentes del programa terapéutico deben tener en cuenta la participación de los miembros de la familia u otras personas cercanas. A ellos se le debe dar conocimiento de los programas y metas terapéuticas: Valoración, reconceptualización, mantenimiento y reforzamiento de habilidades, promover la actividad física, desalentar (no reforzar) conductas desadaptativas, etcétera. La familia es también importante al hacer que el individuo recupere un mayor grado de autoestima y adaptación.

Si el compromiso de la familia no es consistente se corre el riesgo de que las destrezas conductuales no sean apoyadas por el medio familiar, relajándose el mantenimiento y generalización. (Ackerman, 1967).

Es tarea del terapeuta dar asesoría, instrucción y aliento para realizar interacciones con el paciente orientadas al éxito y mantenimiento del tratamiento, así como la prevención de recaídas (Haley, Jay, 1971).

Las estrategias y técnicas familiares son múltiples y su descripción requiere de una mayor amplitud como holgura de espacio; condición que rebasaría los límites y propósitos del presente trabajo. Baste recordar que el trabajar con pacientes que presentan Síndromes Dolorosos (SD) es necesario enfrentar y manejar los problemas en el ámbito familiar y de pareja de ahí la necesidad de remitir al paciente con el facultativo de la salud mental - psicólogo o psiquiatra para así garantizar un mejor manejo de estos aspectos.

LIMITACIONES DEL MODELO PSICOLOGICO.

En cuanto a las limitaciones del Modelo Psicológico habremos de considerar la dificultad del manejo de sus objetos de estudio, algunos de los cuales por su naturaleza son difíciles de someter a la investigación empírica. Así por ejemplo, los factores cognitivos muestran esta dificultad; el hecho mismo de que no exista un consenso para el manejo e investigación de los fenómenos psicológicos nos señala una limitación muy importante del modelo psicológico. En la tabla 5 (Ver Apéndice), se señalaran algunas limitaciones más derivadas de este modelo

VIÑETA CLÍNICA.

La paciente que a continuación se describe fue elegida para nuestra viñeta clínica de acuerdo a los siguientes criterios.

La paciente asistió con regularidad a sus citas y durante un período de tiempo suficiente para obtener los beneficios del tratamiento psicológico.

Motivación y cooperación. Tratase de una paciente motivada para superar su problemática relativa tanto a su síndrome doloroso (S.D) como a los aspectos emocionales y familiares.

Asimismo, el grado de cooperación fue determinante en los resultados positivos que del tratamiento obtuvo.

La paciente mostró una buena capacidad para la relajación lo cual se describe con mayor detalle posteriormente.

Y por último los resultados mismos del tratamiento, reducción en el uso de medicamentos, disminución en el nivel de estrés, modificaciones positivas en su estilo de pensamiento y conducta determinaron la elección de la paciente de nuestra viñeta con el fin de ilustrar los aspectos teóricos y de manejo terapéutico descritas en el presente trabajo.

Se trata de una paciente de sexo femenino de 37 años de edad, divorciada, de ocupación maestra y con un grado máximo de estudios de Preparatoria.

La paciente se presenta a tratamiento psicológico con un diagnóstico médico de Neuralgia de trigémino.

Ha sido operada del apéndice y ovarios (quistes) y es atendida durante 36 sesiones, las cuales comprenden desde julio de 1990 hasta mayo de 1993.

Refiere un dolor constante e intenso que comienza por el mentón y dientes, asciende por la nariz y se instala en el ojo y la sien izquierdos. No puede comer de ese lado.

Se le ha manejado médicamente con Tegretol el cual dice no producirle ningún alivio.

Asimismo se le realizaron varios bloqueos nerviosos sin ningún éxito.

Menciona asimismo, que el dolor disminuye en un 30% en el trabajo y aumenta en su casa, el mismo le desespera (se intranquiliza y le dan ganas de correr) y se preocupa.

En el ámbito familiar refiere conflicto con sus hijos (los cuales le han golpeado), su madre y sus hermanos, los cuales según sus propias palabras no la quieren, solo el padre le ayuda y acepta. Externa no tener apoyo y sentirse sola.

La paciente denota un alto grado de estrés y falta de asertividad. Dice odiar a todos los hombres como a su esposo del cual se divorcio hace 14 años.

*A partir de la tercera sesión, se empezó a trabajar con ella inculcación de estrés y técnicas de relajación y a pesar de tener problemas para relajarse reportó tranquilidad y disminución del dolor. Se le sugiere enfrentar situaciones conflictivas familiares y estresantes en general con relajación y con ideas que le hagan sentirse tranquila, se le sugirió no catastrofizar * cuanto le suceda a su alrededor. Al hacerlo así en la onceava sesión reporta manejar mejor su conflictiva familiar, sentirse mas segura y estable emocionalmente.*

En sesiones subsecuentes dice tener solo dolores de cabeza, parestesias (toquesitos) y solo ocasionalmente dolor en cara (trigeminal). Se le sugieren ejercicios de relajación para evitar recaídas de estrés.

En la sesión 16 las molestias han desaparecido en un 95% y ya no utiliza fármacos. Además se muestra más asertiva, más relajada y tranquila. Permanecen los piquetitos (parestesias) cerca de la oreja, mentón y mejilla.

() el pensamiento catastrofizante puede definirse como la tendencia del sujeto a exagerar los aspectos o consecuencias negativas de los hechos o circunstancias. Puede equipararse al pensamiento pesimista de algunas personas.*

Respecto a los problemas con sus hijos ahora los enfrenta de una manera más relajada y eficaz. Ya no le alteran tanto, refiere.

Sin embargo en la sesión 19 volvió el dolor y al intentar relajarse y tranquilizarse no lo logró. Sin embargo, permanece la actitud de no hacer mucho caso ante los demás problemas y ello a pesar de múltiples problemas familiares que se le presentan. Ya no los catastrofiza. Este es un hecho relevante en la paciente pues a pesar del dolor, problemas con sus hijos y demás personas que le rodean ella no adoptó pensamientos catastrofizantes lo cual incidió favorablemente en su nivel de estrés y en su estado emocional. Dejó que sus hijos solucionen sus problemas, no se precipitó en lo que tenía que hacer y existía una expectativa positiva en cuanto a que su dolor desaparecería.

En la sesión 21 nuevamente el dolor desaparece, ya no siente dolor de cabeza, ni tampoco piqueitos. Permanece la actitud no catastrofizante ("he hecho concha" dice), y con ello el bajo nivel de estrés. Empezó a comer del lado afectado y su aspecto fue más tranquilo y relajado.

Se realizó un seguimiento de un año (de la sesión 22 a la 36) encontrándose lo siguiente.

El dolor reapareció (recalda), se le realizaron varios bloqueos sin éxito y el dolor de cabeza era aliviado con aspirina, o disprina, sin embargo, cabe señalar que cuando había mucho estrés, los ejercicios de relajación le eran efectivos, persistió en ella la expectativa de aliviar su dolor y sin fármacos "me tengo que componer sin medicina" dijo en la primera sesión de seguimiento.

Se le siguieron aplicando bloqueos con los que no reportó mucha mejoría y sí irritación del ojo, sin embargo, sigue reportando efectivos los ejercicios de relajación para el estrés, pero no para los dolores de cabeza, para los cuales tomó aspirina o disprina, como ya dijo.

En la sesión 23 disminuyó la molestia y manifestó estilos de pensamiento no catastrofizante "me pongo de malas y no soluciono nada", No voy a tomar las cosas tan a pecho, no siento que deba tomarlas muy en serio".

Reportó tener más dolor y molestias cuando hay problemas con sus hijos y ante problemas que le quitan la tranquilidad.

En la sesión 25 se le pide que utilice la autoobservación de sensaciones del cuerpo: se le explicaron, asimismo, los avances en las primeras sesiones en que había control del dolor como resultado de tomar una actitud asertiva, afrontar sin catastrofizar los problemas y de los ejercicios de relajación, así como la necesidad de volver a tomar esas actitudes ahora que recayó.

Se observó en ella un aumento de dolor y molestias físicas, ante situaciones estresantes. Por ejemplo; la molestia aumenta con el tráfico, al ver un accidente las punzadas y el dolor se elevaron, la decepción por el embarazo de su hija que la confundieran con la mujer de su ex - esposo, etc.

En la sesión 27 dejó de tomar medicamentos, no hubo dolor de cabeza ni de ojo, ni punzadas, sin piquetitos.

En la sesión 28 volvió a presentarse muy estresada y con dolor de cabeza constante; tomó sidolín y no le calmó el dolor, reaparecen piquetitos y el ejercicio le ha favorecido pero no del todo.

Durante esta sesión se aplicó hipnosis durante la cual la temperatura manual varió muy poco fluctuando los registros de 32.46°C a 33.78°C. La paciente dijo relajarse más en el consultorio que en su casa.

Sesión 29. Dolor intenso. Su hija le ayudó a hacer los ejercicios de relajación los resultados son mejores que cuando los hace ella sola. Disminuye más el dolor, los toquesitos en mejilla (parestias) y se siente más tranquila y relajada.

Sesión 31. Tuvo toques en mejilla (parestias) y dolor de cabeza. La paciente dijo empezar a desesperarse y que no haría los ejercicios, se somete a ejercicio de relajación después del cual reporta sentirse mucho mejor y que la voz de la terapeuta le ayuda a hacer mejor el ejercicio. La sensación que tuvo, como en otras ocasiones, fue de calor.

En la sesión 32 la paciente dijo no tomar medicamentos y proseguir con los ejercicios ("para nada los dejo", dice).

Manifestó preocupaciones varias por sus hijos; su hijo embarazó a su novia, su nieta enfermó y se internó y ella se hizo cargo de todo. A pesar del toque que se le presenta no se desespera y este va desapareciendo.

En la sesión 33 presentó dolor en pecho, sentir que la comida se le atora en el esófago, en el pecho y por atrás. Los toques también se presentaron. Reportó también dolor en pecho, cuello y espalda, con brazo dormido. Se le envió a cardiología para valoración.

En la sesión 34 los dolores y molestias persistieron y en la 35 los resultados de la valoración arrojaron el diagnóstico de hernia hiatal con esofagitis leve, gastritis erosiva crónica activa y duodenitis leve. todo ello acompañado con dolores en el esófago a nivel del pecho. Se inició tratamiento.

Finalmente en la sesión 36 la paciente expresó "me siento bien, muy bien, no me he enojado" "ninguna molestia, toques ni dolores de cabeza", "ya no hago ejercicios", "entre más problemas tengo, más tranquila me siento", "me he vuelto bien concha". No toma medicamentos.

Dentro de las observaciones que cabe señalar tenemos que la paciente siempre reportó una disminución del dolor y de su estrés durante las sesiones. Esto se corrobora al encontrar un aumento de la temperatura manual, el cual a pesar de ser poco en ocasiones, no dejó de presentarse. Si recordamos que el aumento de la temperatura periférica se asocia a estados de relajación, podremos concluir que la paciente efectivamente se relajaba y se beneficiaba con ello. A este respecto cabe señalar que en la primer toma (sesión 7) se registró una temperatura inicial de 32.42 °C y una final de 34.44 °C. En una posterior (sesión 20) inicial de 26.6 °C final de 31.8 °C. Posteriormente en el seguimiento tenemos temperatura inicial de 34.0 °C, temperatura final 35.9 °C. En la sesión de hipnosis (sesión 28) se presentaron fluctuaciones con una diferencia de 1 °C de 32 a 33 °C. En tanto que en la siguiente sesión (29) la temperatura inicial fue de 34.73 °C y la final de 35.9 °C y en la sesión subsecuente (30) la toma de temperatura inicial fue de 35.9 °C y la final de 36.4 °C.

Una excepción se presentó en la sesión 31 donde al inicio registró 34.2 y la final 33.5, una disminución en la temperatura. Sin embargo, la paciente dijo "me sentí mejor, como que sentí más calor en el cuerpo".

En la sesión 32 volvió a aumentar la temperatura de 34.5 °C a 35.8 °C y lo mismo ocurrió en la sesión 33, pasando de 29.8 a 34.6 °C.

Los últimos 2 registros de temperatura-sesiones 34 y 36 pasaron de 33.7°C a 32.2°C en la primera y de 34.5 a 35.8 en la segunda reportando siempre sentirse mejor después de cada sesión. Con base en lo anterior cabe destacar que si comparamos las diferentes tomas de temperatura, observamos un aumento gradual en ésta conforme avanzaron las sesiones lo que nos indica 2 hechos importantes, por un lado un aumento en la capacidad de la paciente para relajarse y por otro concomitante a esto, una disminución en su nivel de estrés. Así pues, tenemos que en la primera toma de temperatura se registró una inicial de 32.42°C y una final de 34.44°C para sesiones posteriores, encontrar en la primera toma de seguimiento una inicial de 34.0°C y una final de 35.9°C. Finalmente, en la sesión 36 última del seguimiento se inició con una temperatura de 34.5°C y se finalizó con una de 35.8°C.

Cabe señalar que en un adulto normal el registro inicial promedio de temperatura es de 31°C en tanto que en sujetos estresados los registros iniciales aparecen por debajo de este promedio. Además, los cambios o fluctuaciones generalmente van de 0.5 a 1°C, por lo que si tenemos en cuenta ambos aspectos podemos afirmar que en la paciente de la que se habla existió una capacidad por encima del promedio para la relajación, tanto en su componente fisiológico o de respuestas autónomas, como en su componente subjetivo donde el sujeto reporta una sensación de más tranquilidad o relajación, pues sus registros iniciales fueron de aproximadamente 26.0°C y los finales de 36°C en tanto las fluctuaciones oscilaron entre 1 y 5.2°C.

Demostándose con ello un progreso considerable, en cuanto a disminución del estrés y por ende de dolor y molestias físicas como en lo relativo a conflictos familiares. Con respecto a este último rubro es importante enfatizar un progreso en lo que a estilo de pensamiento se refiere.

Muy al principio la paciente presenta un estilo catastrofizante se estresaba (tensaba y ponía nerviosa) por todo cuanto acontecía a su alrededor; principalmente problemas con sus hijos. En contraste con ello en las sesiones finales se apreció un cambio notable en ello, pues la paciente refería no darle tanta importancia a los problemas y conflictos; fueran estos con los hijos o con otras personas que le rodearan; decía "me he vuelto bien conchuda" que resuelvan ellos sus problemas", "entre más problemas tengo, más tranquila me siento", "me siento bien no me he enojado". Expresiones todas ellas de un estilo de pensamiento más relajado y tranquilo. Estilo de pensamiento no catastrofizantes cuyo beneficio en la paciente consistió en haber disminuido su nivel de estrés y de ahí, el nivel de su dolor.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Ha concluido el presente trabajo, el cual se circunscribió al estudio del dolor. A continuación exponemos, de manera somera, las conclusiones que del mismo se han derivado.

El dolor es un fenómeno complejo tanto en su comprensión como en su tratamiento; a pesar de lo cual los avances en este sentido son bastante promisorios. La descripción del aparato y de los diversos mecanismos fisiológicos del dolor ha permitido la creación de diversas terapéuticas dirigidas al alivio y control del mismo. Bloqueos, fármacos cirugía, etc. son avances en el tratamiento producto de la mejor comprensión de los mecanismos del dolor derivados de investigaciones recientes.

Asimismo, se han podido confirmar los planeamientos propuestos por varios autores (Melzack y Wall entre otros), en el sentido de que la percepción y reacciones al dolor están influidas por variables psicológicas. Por lo que el tratamiento sustentado en dichas variables incide favorablemente en el manejo de pacientes que presentan Síndromes Dolorosos.

Así, proporcionar nuevas habilidades de afrontamiento o estilos de pensamiento, así como proveerlo de técnicas adyuvantes para este fin como lo son la hipnosis, técnicas de relajación y la Retroalimentación biológica ayudarán al paciente a aliviar o afrontar de manera menos penosa su experiencia de dolor.

Se ha observado por otra parte, una relación existente en este tipo de pacientes, entre los niveles de estrés o ansiedad, así como algunas características de personalidad e idiosincracia familiar con respecto a su percepción y/o conductas dolientes. Tenemos por ejemplo, que las creencias del paciente están relacionadas con su dolor. Y lo mismo vale para actitudes y estados anímicos como la autodevaluación, la depresión, el aislamiento, la falta de aserividad, el pensamiento catastrofizante etcétera. La tarea del médico psicólogo consiste en sustituir estas ideas irracionales por otras más racionales o adaptativas. Esto es, promover una "reestructuración cognoscitiva" en el paciente; entendiéndose ésta como un cambio al valor asignado, en general, a las personas, cosas, circunstancias, etc., y en particular al tratamiento, dolor y enfermedad en sí. Logrado con ello que el paciente mejore su autoconcepto, estado emocional y anímico así como sus relaciones interpersonales; ya sean laborales, familiares y/o de pareja.

Por otra parte cabe mencionar que ha sido posible identificar algunos factores que determinan el buen resultado del tratamiento psicológico en el caso de pacientes que presentan síndromes dolorosos. Los siguientes son los que se han podido identificar con mayor precisión: el grado de motivación y cooperación del sujeto, la asistencia con regularidad y durante un tiempo óptimo a las consultas, adherencia terapéutica, buen rapport con el terapeuta, capacidad para la relajación o de susceptibilidad en el caso de la hipnosis, deseos de recurrir lo menos posible a la medicación así como la presencia de apoyos sociales y familiares. Concordando todo lo anterior con el objetivo planteado al inicio de nuestro trabajo.

Finalmente cabe recordar, una vez más, que el dolor debe ser abordado como un producto multifactorial y que el manejo multidisciplinario del mismo sigue siendo la perspectiva más válida como promisorio. De ahí que una actitud abierta y flexible por parte de los facultativos que se dediquen al estudio como tratamiento del mismo sea la más válida como deseable.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones del presente estudio derivan de su estructura y objetivos mismos, al ser un estudio cuyo propósito radicó en haber aportado un aumento o contribución a la bibliografía psicológica concerniente al tema del dolor. Donde la información en ocasiones fue inaccesible por pertenecer al campo de la medicina donde los tecnicismos, como corpus de conocimiento de la misma, se nos mostró como una limitación a la comprensión cabal del tema abordado.

En este mismo orden de ideas la pobre aportación de datos empíricos o clínicos en nuestro país, resalta de una manera más ostensible como otra de las limitaciones que podemos señalar.

De lo antedicho podemos derivar las siguientes sugerencias para futuras investigaciones.

1.- Que la investigación en el estudio como manejo del dolor sea llevada a cabo por grupos de trabajo interdisciplinario (médicos, anestesiólogos, algólogos, psicólogos, etc).

2.- En investigaciones posteriores enfatizar la obtención de información ambiental del paciente: relaciones laborales, familiares y de gente allegada al mismo, a fin de esclarecer los logros y retrocesos fuera del escenario terapéutico.

3.- Que el tratamiento aquí propuesto se amplíe y compatibilice en programas institucionales con el fin de ser empleado en los diferentes niveles de prevención: primario y secundario, principalmente. Para ello sería necesario disponer y canalizar recursos humanos y financieros para el adiestramiento de personal en las técnicas aquí descritas, así como para el uso y adquisición del instrumental necesario.

4.-Finalmente, a pesar de que ya existen algunos instrumentos de evaluación (electrónicos y psicológicos), se sugiere una mayor investigación a fin de elaborar y perfeccionar instrumentos que permitan valorar: a) el dolor per se b) la efectividad de los diversos tratamientos (médicos, psicológicos o paramédicos); c) las características de los sujetos o bien los trastornos en que están indicadas las diversas modalidades terapéuticas aquí estudiadas.

APENDICE.

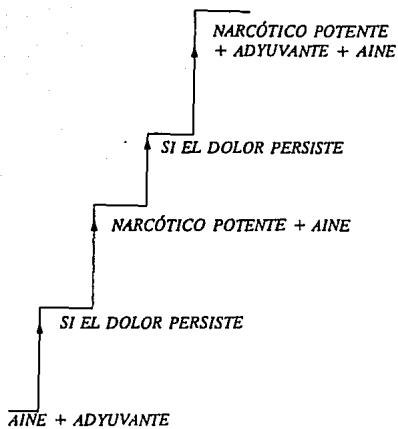


FIG. 1 ESCALA ANALGÉSICA (OMS, 1986).

FIG. 2

ESCALA ESTANDFORD DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA
CUADERNO DE PUNTUACIÓN

ESCALA CLINICA HIPNÓTICA STANDFORD (SHCS).

Nombre del sujeto _____ Fecha _____ Puntuación

Total _____ Hipnotizador _____

Detalles en páginas siguientes

Puntuación

1.- Juntar las manos (o la. bajar la mano como alternativa) _____

2.- Soñar _____

3.- regresión en la edad _____

4.- Amnesia Núm. de ítems recordados _____

Núm de ítems recordados
después del restablecimiento
de la memoria.

Puntuación total. _____

Circunstancias especiales (¿medicinado?, ¿con dolor?, ¿problemas de movimiento?).

Puntuación

1.- JUNTAR LAS MANOS (o la. bajar la mano).

Describe el movimiento.

(Al terminar la sesión, sondee en busca del tipo de experiencia si el movimiento es muy rápido).

Puntuación (+) si el movimiento es lento y si las manos no están mas de quince centímetros aparte al terminar los diez segundos.

(1) _____

2.- SOÑAR.

Registre el sueño, o informe de pensamientos, fantasías, etc.

Puntuación (+) si el sujeto tiene una experiencia comparable a un sueño, no nada más experiencias vagas y fugaces.

Sentimientos o pensamientos. El sueño debe mostrar imaginéria, alguna realidad y no mostrar haber estado bajo control voluntario.

(2) _____

3.- REGRESIÓN EN LA EDAD (A LA ESCUELA PRIMARIA).

Año escogido _____

¿Dónde está usted? _____

¿Qué está haciendo? _____

¿Quién es su maestro? _____

¿Cuántos años tienes? _____

¿Cómo está vestido? _____

¿Con quién está? _____

a) Puntuación ating:
del hipnotizador

_____ : _____ : _____
No Regular Bueno
regresión

b) Puntuación subjetiva por el sujeto (QUE SE DETERMINARA AL FIN DE LA SESIÓN).

Lea y pida al sujeto que elija la frase que mejor describa su experiencia).

- ___ 1) No regresé en absoluto.
- ___ 2) Pensé sobre cuando tuve esa edad, pero no tuve experiencias visuales.
- ___ 3) Aún cuando no regresé, pude verme como niño que volvía a vivir una experiencia pasada.
- ___ 4) Sabía que en realidad estaba en mi edad actual, pero sentí en parte como si volviera a vivir una experiencia.
- ___ 5) En realidad sentí como si hubiera vuelto a la edad sugerida y vuelto a vivir una experiencia pasada.

Puntuación (+) si la calificación del hipnotizador es buena o si la calificación subjetiva es 4 ó 5.

(3) _____

4.- SUGESTIÓN POSHIPNOTICA Toser o aclararse la garganta
Anote la naturaleza y el grado de la respuesta otresponse.

a) Calificación del hipnotizador.

Ausente

Presente

Excepcionalmente
claro

b) Calificación subjetiva por el sujeto (QUE SE DETERMINARA AL TERMINO DE LA SESIÓN SI EL SUJETO RESPONDIÓ)

¿Tosió (o se aclaró la garganta) durante la sesión?

- 1). ¿Recuerda por qué? _____
- 2). ¿Supo por qué en ese momento? _____
- 3). ¿Si recordó que le dije que hiciera esto, ¿por qué no obedeció la sugestión? _____
- _____

4) *¿Podría decir si fue voluntario o involuntario?*

Puntuación (+) si la calificación del hipnotizador es "Presente" o "excepcionalmente clara", a menos que el sujeto declare que la respuesta fue voluntaria.

(4) _____

5.- AMNESIA POSHIPNOTICA.

a) *Por favor, dígame en sus propias palabras todo lo que ocurrió desde el momento en que cerró los ojos. (Apunte según el orden de su mención; grabe también descripciones de sensaciones de inducción, etc. Si el sujeto se bloquea pregúntele: "¿Algo más?", hasta que el sujeto vuelva a encontrar un nuevo obstáculo.*

¿Algo más?

b) *Escuche atentamente mis palabras, AHORA YA LO PUEDE RECORDAR TODO ¿Hay algo más ahora? (Escriba en el orden de mención).*

Recuerde al sujeto lo omitido. Anótelo también y agregue cualquier observación sobre la naturaleza de la experiencia amnésica.

Puntuación (+) si el sujeto no recuerda más de dos renglones antes del establecimiento de la memoria.

(5) _____

(Al término de la sesión inquiera sobre los items 3 y 4)

Puntuación Total

Alivio del Dolor, ed. FCE, México.

Tomado de Hilgard (1990) La Hipnosis en el

FIGURA 3

EN EL SIGUIENTE CUADRO SE INCLUYEN LOS OBJETIVOS CLÍNICOS PSICOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN NO MÉDICA DEL DOLOR CRÓNICO.

- 1.- *Identificación y clasificación preliminar del problema ya sea como dolor agudo o crónico.*
- 2.- *Clasificación de la historia médica y su impacto en las actuales metas, expectativas y planes.*
- 3.- *Cuantificación de efectos perturbantes versus los beneficios del problema del dolor en las áreas social, marital y vocacional.*
- 4.- *Estimación del funcionamiento pre-mórbido del paciente (motor, social, cognoscitivo, etc.)*
- 5.- *Establecer prioridades sobre la intervención inicial.*
- 6.- *Establecimiento de una línea base contra la cual evaluar el cambio.*
- 7.- *evaluación de los recursos del paciente (habilidades de afrontamiento, sistemas de apoyo social, etc.)*
- 8.- *Clasificación de los antecedentes situacionales y mediadores cognitivos de la reactividad del dolor.*
- 9.- *Diferenciación de los antecedentes sensoriales y situacionales del dolor.*
- 10.- *Selección de estrategias de intervención de acuerdo a las necesidades y recursos del paciente.*
- 11.- *Pronóstico de los posibles efectos colaterales negativos del tratamiento exitoso.*
- 12.- *Determinación de las alternativas del tratamiento programadas*
- 13.- *Valoración de la modificación del estilo de vida post-tratamiento.*

- 14.- Regulación del uso del paciente de medicamentos dolor/no dolor.
- 15.- Evaluación de la satisfacción del paciente con el programa de tratamiento del dolor.
- 16.- Evaluación de la satisfacción familiar con el programa de tratamiento del dolor.
- 17.- Valoración de los motivos y habilidades auto- reguladoras del paciente especialmente las concernientes al control del dolor.

Tomado y adaptado de Karoly (1985) *The assesment of pain: Concepts and issues* Capítulo en P. Karoly (Ed. Measurement strategies in Health Psychology, New York, wiley).

TABLA 1.
EFFECTOS COLATERALES DE PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL MANEJO DEL DOLOR

| FÁRMACO | EFFECTOS COLATERALES |
|-------------------------|---|
| AINES | IRRITACIÓN GÁSTRICA Y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL. |
| OPIACEOS | NAUSEAS, PRURITO, SEDACIÓN, RETENCIÓN URINARIA, DEPRESIÓN RESPIRATORIA, ABSCESO LOCAL, DISENTERÍA, NEUROTOXICIDAD. |
| CORTICOSTEROIDES | IRRITACIÓN GÁSTRICA, PERDIDA DE K, RETENCIÓN DE NA H2O HIPERTENSIÓN, INSUFICIENCIA CARDIACA, RENAL, OSTEOPOROSIS, SÍNDROME DE CUSHING, HIPERCOLESTEROLEMIA, SECRECIÓN GÁSTRICA, ETC. |
| BENZODIACEPINAS | SEDACIÓN, TRASTORNOS DE LA MEMORIA Y ATENCIÓN. |
| ANTIDEPRESIVOS | SEDACIÓN DIURNA Y EFFECTOS ANTICOLINERGICOS, EFFECTOS MUSCARINICOS, RETENCIÓN DE AGUA Y ORINA. |
| CLORPROMAZINA | SOMNOLENCIA Y SEQUEDAD DE LA BOCA. |
| LOPERAMIDA | — |
| ESCOPOLAMINA | BOCA SECA, VISIÓN BORROSA |

*Tomado y adaptado de foley y Payne R.M. (1992).
Terapéutica del dolor.
 Ed. Interamericana, México.*

TABLA 2.

LIMITACIONES MÉDICAS - SÍNTESIS DESCRIPTIVA.

| | |
|--|---|
| FÁRMACOS | RESPUESTA IDIOSINCRÁSICA AL MISMO; ALGUNOS PACIENTES RESPONDEN POSITIVAMENTE OTROS NO. POSIBLES COMPLICACIONES (V. gr. GASTRITIS O HEMORRAGIA) Y SUSCEPTIBILIDAD. MANEJO SOMÁTICO CON EXCLUSIÓN DE ASPECTOS PSICOSOCIALES O SOCIO AMBIENTALES, PRINCIPALMENTE EN CIERTAS CONDICIONES Y SÍNDROMES (P.ej. CEFALÉAS TENSIONALES). |
| CIRUGÍA | INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES AUN NO BIEN ESTABLECIDAS. COMPROMISO Y COMPLICACIONES DE OTROS SISTEMAS, ÓRGANOS Y APARATOS DIFERENTES AL TRATADO. LESIÓN DEL APARATO SENSORIAL DOLOROSO. PUEDEN PRESENTAR EFECTOS TERAPÉUTICOS TEMPORALES. |
| BLOQUEOS | SOLO SON EFICACES EN ALGUNOS CASOS SELECCIONADOS. COMPLICACIONES DE OTROS ÓRGANOS APARATOS Y SISTEMAS QUE LIMITAN SU USO, (FALTA DE CONTROL DE ESFINTERES POR EJEMPLO). LOS EFECTOS PUEDEN SER SOLO TEMPORALES. PROBABILIDAD DE RESPUESTA PLACEBO. |
| OTROS: ROENGTENTERAPIA | PALIATIVOS. EFECTOS TRANSITORIOS Y LIMITADOS. |
| ACUPUNTURA, FISIOTERAPIA TENS | ESCASES DE PERSONAL CAPACITADO |

Tomado y adaptado de Foley (1992) *Terapéutica del dolor*. Ed. Interamericana, México.

TABLA 3.

USO DE TENS (ESTIMULACION ELÉCTRICA TRANSCUTANEA DEL NERVIO).

- *DOLOR FIJO MEDULAR*
- *DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES*
- *SÍNDROME MIOFACIAL CON PUNTO GATILLO*
- *TERAPIA DE SECUELAS DOLOROSAS POR LESIÓN DEL NERVIO PERIFÉRICO*

LIMITACIONES: TERAPÉUTICA SINTOMÁTICA, PRESENCIA DE IRRITACIÓN EN LA PIEL.

Adaptado de Foley K.M. y Payne R.M: (1992). Terapéutica del Dolor. Ed. Interamerica, México, D. F. p.p 188, 189, 258, 297.

TABLA 4.

EFECTOS GENERALES DE CIRUGÍA, BLOQUEOS, TENS, ACUPUNTURA E HIPNOSIS.

EFECTOS COLATERALES

| | |
|---------------------|--|
| <i>* CIRUGÍA</i> | <i>LESIÓN DEL NERVIIO PERIFÉRICO Y OTRAS ESTRUCTURAS</i> |
| <i>* BLOQUEOS</i> | <i>LESIONES NERVIOSAS, ALTERACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES</i> |
| <i>* TENS</i> | <i>IRRITACIÓN DE LA PIEL</i> |
| <i>* ACUPUNTURA</i> | <i>IRRITACIÓN DE LA PIEL Y LESIÓN DE OTRAS ESTRUCTURAS</i> |
| <i>* HIPNOSIS</i> | <i>NINGUNO CONOCIDO</i> |

Adaptado de Foley K.M. y Payne R.M. (1992) Terapéutica del Dolor. Ed. Interamericana, México.

TABLA 5.

LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- * CONDUCTAS Opositoras o no cooperativas por parte de personas allegadas al paciente, familia, amigos y demás personal médico.*
- * ALTO COSTO EN LA PROGRAMACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE FACTORES PSICOSOCIALES.*
- * DESCONOCIMIENTO DE OTROS ASPECTOS Y MANEJOS MÉDICOS LLEVADOS A CABO EN EL PACIENTE.*
- * LIMITACIONES ADMINISTRATIVAS O INSTITUCIONALES DONDE EL PAPEL DEL PSICÓLOGO NO CUENTA CON EL APOYO Y COMPRESION NECESARIOS.*
- * CARENCIA Y DIFÍCIL ACCESO A INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO.*
- * DEFICIT DE PERSONAL COMPETENTE Y DEBIDAMENTE CAPACITADO.*

REFERENCIAS BÁSICAS

- 1.- Ander Egg, E. (1980) *Introducción a las técnicas de investigación social*. Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- 2.- Alonso Hernández F. (1989) *Psicología Médica y Social*. Salvat Editores, México, pp. 171-179.
- 3.- Berkow, etal (1984) *Manual Merck de Diagnostico y Terapéutica*. Merck Sharp and Downe Research Laboratories, pp. 1504-1505, 2003-2006.
- 4.- Bonica, J.J. (1953) *The Management of Pain*. pp. 178.
- 5.- Comazzi, Alberto. (1971) *Práctica del hipnotismo*. Ed. de Vicchi, Barcelona.
- 6.- Coon, Dennis (1986). *Introducción a la Psicología. Exploraciones y Aplicaciones*. Fondo Educativo Interamericano, México, pp. 76-77, 93-96, 97, 130-267.
- 7.- Chertock, León, (1985). *Lo conocido y lo desconocido en psicoterapia. La hipnosis entre el psiconálisis y la biología*. Ed. Fondo de Cultura Económica México.
- 8.- Foley R.M. y Payne, A.M. (1992). *Terapéutica del dolor*. Ed. Interamericana p.15, 20, 21, 49, 258.
- 9.- Frankel, F. y Zamansky H. (1978). *Hypnosis at its Bicentenary*. Ed. Plenum Press New York.
- 10.- Haley, Jay (1908) *Strategies of psychotherapy*. Ed. Grunn and stratton, New York, pp. 2041-2045.
- 11.- Hilgard, Ernest R. (1990) *La hipnosis en el alivio del dolor*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 21-32, 44-45, 66-79, 193, 204, 221, 228, 253, 259.
- 12.- Kingsbury, Geo. C. (1964). *Hipnosis Práctica*. Ed. Glemm Buenos Aires, Argentina, pp. 21-33.
- 13.- Kroger, William (1973). *Hipnosis clínica y experimental*. Tomo 1 y 2, Ed. Glemm, Buenos Aires, Argentina.
- 14.- Linton, M. (1978). *Manual Simplificado de Estilo*. Ed. Trillas, México.
- 15.- López Antunez, L. (1982). *Anatomía funcional del S.N.* México, Limusa, pp. 307-320.

- 16.- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior Teraphy. Ed. Plenum Press, págs. 169-181.
- 17.- Padua, Jorge (1981). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Ed. Fondo de Cultura Económicas, México, pp. 348-350.
- 18.- Papalia Diane E. Wendkos O. Sally (1987). Desarrollo humano. Mc.Graw Hill, México, pp.93, 94, 143-145.
- 19.- Rhodes, Raphael (1960). Hipnosis: teoría, práctica y aplicación. Ed. Aguilar, México, Págs. 57 y 117.
- 20.- Smith, R.E., Seranson G. Irving, Saranson R. Barbara (1982). Fronteras de la conducta. Harla, México, pp. 207-212, 138-145, 607.
- 21.-Ullman, Leonard P. and Krasner Leonard (1969). A psychological Approach to abnormal Behavior. New Jersey: Practice Hall Ing., Englewood Cliffs, pags. 121-124, 83, 86, 88, 89, 260-264, 276, 283, 288, 343, 344.
- 22.- Uriarte, V. (1989). Neuro Psicofarmacología. México, Trillas. Pags. 11 y 12.
- 23.- Wolberg, Lewis R. (1977) The Technique of Psicotherapy. Vol. 1, Grune and Stratton, New York, págs. 29-33.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS.

- 1.- Cabral, R.A. (1993), Conceptos históricos y teorías del dolor. Ciencias. Revista de Difusión. UNAM No.31: 21-27
- 2.- Cedercreutz, Claes (sin fecha). Hypnotic treatment of 100 cases of migraine.
- 3.- Cooper, Linn I. (1982). Time distortion. A clinical and experimental investigation. Irvington, New York.
- 4.- Dangrove, Edward (1990). The combination of hypnosis and behavioral methods in psychotherapy. West Allenhurst, New Jersey, U.S.A.
- 5.- Dixon, Mike, (1990). Hypnotizability and automaticity. Journal of abnormal psychology. Vol. 99 (4) : 336-343.
- 6.- Domínguez, Benjamín (1992). Electromiografía y Dolor Crónico. procedimientos y señalamientos en el entrenamiento con alectromiógrafo. (EMG), pp. 1, 4, 6, Art. Inédito.
- 7.- Domínguez, Benjamín (1982). Contribuciones Potenciales de la investigación psicológica en el manejo del dolor crónico en general y canceroso. en particular. p.p. 11-14
- 8.- Domínguez, Benjamín et al. (1992). Enfoque cognitivo-conductual y manejo clínico de los síndromes de dolor en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud (versión B). En programas de Publicaciones de Material Didáctico. Facultad de Psicología. UNAM.
- 9.- Domínguez, Benjamín (1991). Enfoque Estratégico y Comportamiento hipnótico lineamientos clínicos. Facultad de Psicología, UNAM, artículo inédito.
- 10.- Domínguez, Benjamín (1993) Factores psicoemocionales y dolor crónico, Ciencias Revista de difusión. UNAM No 31: 45-49
- 11.- Domínguez, Benjamín (1991). Manual de Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico. Facultad de Psicología, UNAM.
- 12.- Domínguez, Benjamín (1991). Habilidad Hipnótica. preferencia por un estilo cognoscitivo imagico creación de recuerdos en la hipnosis. En Labelle y colaboradores. Journal of Abnormal Psychology (1990), Vol. 99, No. 3, 3: 222-228.

- 13.- Domínguez, Benjamín (1992) hipnosis y retroalimentación biológica (RAB) Convergencias conceptuales y clínicas. La Revista de Cultura Psicológica. Vol 1 No. 2: 16-29.
- 14.- García Olivera, Vicente (1990) Simposium Syntex Dolor (transcripción y edición Benjamín Domínguez.) Sociedad Médica, Hospital General de México.
- 15.- Gravitiz, Melvin A. et. al. (1983). Hypnosis and Cancer. American Journal of Clinical Hypnosis. Vol. 25, núm. 2-3 : 87-91.
- 16.- Hall, Hoard R. (1983) Hypnosis and the Immune System: A review with implications for Cancer and the Psychology of healing. American Journal of Clinical Hypnosis. Vol. 25 (2-3): 92-103.
- 17.- Hendler Coble. S. and Red Williams, H. (1986). Fear of hypnosis: The Role of labeling in patients acceptance of behavioral intervention. Behavior therapy Vol. 17: 2-13
- 18.- Hilgard, Ernest. T. (1978). states of consciousness in hypnosis: Divisions or levels. En Hypnosis at its bicentennial. selected papers. Plenum Press, New York.
- 19.- Infanzon, Martha Elvira R. (1983) Hipnosis y su aplicación clínica. Artículo inédito. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- 20.- Jay, Steven L. et. al. (1989). Reality versus suggestions: Pseudomemory hypnotizable and simulating subjects. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 98: 137-144.
- 21.- Kihstrom, Thomas F. (1985). Hypnosis. Annual Review of Psychology. 36: 385-418.
- 22.- Kirch, Irving et. al. (1989). The surreptitious observation design: An Experimental paradigm for distinguishing artifact from essence in hypnosis Journal of Abnormal Psychology. Vol. 98: 132-136.
- 23.- Knox, Jane V. et. al. Hypnotic Analgesia Vs. Acupuntura Analgesia in high and low Hypnotically susceptible subjects.
- 24.- Lang. Práctica (sin fecha), Mesmerismo Médico. Psychology Today - Español.
- 25.- Miller, Mary E. y Bower Kenner S. (1986), Hypnosis, Analgesia and Stress Inoculation in the Reduction Pain. Journal of Abnormal Psychology 95 (1): 6-14.

- 26.- Newton, Bernauer W. (1982). *The Use of Hypnosis in the Treatment of Cancer Patients. American Journal of clinical Hypnosis. Vol 25 (2-3).*
- 27.- Palacios, J. (1991) *Definición de RAB y Autoregulación. Boletín de la Academia Mexicana de RAB. Vol. 1 No 1, pp. 15-26.*
- 28.- Peterson R.D., Everett. Burus, G.L. y Marvin, A.J (1992), *Hypnosis for the Treatment of Born Pain, Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 60, No. 5, 713-117*
- 29.- Sheehan, Peter W., et. al. (1989). *Hypnosis the timing introduction and acceptance of misleading information. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 98 (2) : 170-176.*
- 30.- Spanos, Nicholas P. et. al. (1989), *Hypnosis, Suggestions and Placebo in the Reduction of Experimental Pain. Journal of abnormal Psychology. Vol. 98: 285-293.*
- 31.- Spanos, Nicholas P. (1986). *Hypnotic Behavior: A Social and Psychological Interpretation of amnesia, analgesia and trance logic. The Behavioral and Brain Sciences. 0: 449-502.*
- 32.- Stark, Elizabeth (1986). *La Hipnosis en el banquillo. Psychology today. Español. Sheva Publicaciones, Madrid, España, pp. 57.*
- 33.- Sullivan, Michael, J. L., y D'Eon Joice L. (1990). *Relation Betwen Catastrophizing and Depretion in Cronic Pain Patients. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 99 No. 3, 260-263.*
- 34.- Székely, Pamela D. (1991), *Estrategias Cognitivas para el manejo del dolor. Boletín de la Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del dolor. 3 (2): 31-22*
- 35.- Vega, Ambrosio D. (1988). *Hipnosis tradicional contra hipnosis científica (Síntesis de la conferencia dictada los días 14 y 20 de abril de 1988 en la Escuela Nacional Preparatoria, Plantel "Erasmio Castellanos Quinto" (2) de la UNAM.*
- 36.- Velasco, Marcos; Velasco, Francisco y Velasco Ana Luisa (1991). *El Dolor Per se sobre su fisiopatología y en la analgesia quirúrgica, médica y paramédica. Revista Médica del Hospital General de México. Vol 54 No. 3, 128-129*

GLOSARIO.

| | |
|--|--|
| ACUPUNTURA | <i>Método terapéutico que se vale de agujas insertadas en lugares específicos del cuerpo para determinar procesos irritativos de derivación y curar enfermedades.</i> |
| ADYUVANTES | <i>Medicamentos que facilitan, potencian o mejoran el efecto terapéutico de otros.</i> |
| ALGÓLOGO | <i>Médico especialista en el dolor.</i> |
| ALCALOIDE | <i>Sustancia orgánica nitrogenada de carácter alcalino (compuesto formado por las sales con los ácidos), o básico y que forma sales cristalizadas con los ácidos.</i> |
| ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINES) | <i>Grupo de fármacos de primera elección en cuadros dolorosos. Por ejemplo: Aspirina, diclofenaco Sódico, Indometacina, Naproxen, Piroxicam, Pirosolonas, ácido propíolico, etc.</i> |
| ANALGESIA | <i>Falta parcial o total de sensibilidad al dolor sin pérdida de la conciencia.</i> |
| ANESTESIOLOGIA | <i>Parte de las ciencias médicas o biológicas que tiene por objeto la anestesia y los anestésicos.</i> |
| ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS (ADT) | <i>Medicamentos usados para tratar la depresión.</i> |
| APARATUS | <i>Sistema anatómico (vías específicas), y fisiológico de las funciones y respuestas musculares, endocrinas y sensoriales del organismo.</i> |

- ASERTIVIDAD O AFIRMATIVIDAD** *Habilidad donde las expresiones o conductas denotan certeza. Es, en cierto sentido, lo opuesto a dubitación o inseguridad.*
- BAUMANOMETRO** *Aparato para medir la presión arterial.*
- BELLADONA** *Planta Solanácea de flores solitarias púrpuras que tiene efectos calmantes, narcóticos y venenosos.*
- BENZODIACEPINAS** *Grupo de psicofármacos de propiedades tranquilizantes o ansiolíticas, miorelajantes y somníferas. Se indican en trastornos por ansiedad, depresivos y del sueño. También se usan como preanestésicos y neuromoduladores en síndromes dolorosos.*
- BLOQUEO** *Interrupción de la conductibilidad de una vía nerviosa. Se realiza por medio de la inyección subcutánea de fluidos que inciden en las vías del dolor con objeto de interferir en las manifestaciones del mismo.*
- COGNICION** *Valor asignado a las personas, circunstancias o cosas. Dicho valor se establece dentro de valencias dicotómicas: bueno-malo, feo-bonito, moral-inmoral, verdadero-falso etc.*
- CONDUCCION AFERENTE** *Impulso nervioso que parte del sistema periférico (músculatura, glándulas y sensorio) hacia el sistema nervioso central.*
- CONTRAINDICACION** *Juicio sobre la condición patológica de una persona, que pide evitar un tratamiento normalmente indicado para la enfermedad principal.*

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

| | |
|------------------------|--|
| DISOCIACION | <i>Fenómeno psicológico en el que algunas áreas del comportamiento permanecen fuera del campo de la conciencia.</i> |
| DOLOR REFERIDO | <i>El percibido en un punto distinto al de su causa.</i> |
| DOLOR URENTE | <i>El que produce sensación de quemadura.</i> |
| DREZ | <i>Sección selectiva de fibras dolorosas en la raíz dorsal, utilizada en los casos de Herpes Zoster.</i> |
| DUODENITIS | <i>Inflamación del duodeno (porción del intestino delgado que tiene forma de media luna, que rodea la cabeza del páncreas y recibe los conductos colédoco y pancreático).</i> |
| ELECTROMIOGRAFO | <i>Aparato utilizado para registrar los potenciales musculares eléctricos que dan la medida de la cantidad y naturaleza de la actividad muscular en el sitio donde se toma el registro. Puede usarse en tratamiento por biorretroalimentación.</i> |
| ENDORFINAS | <i>Sustancias que se encuentran en los organismos de los vertebrados y producen una acción farmacológica semejante a la morfina (analgesia, tolerancia cruzada, etc).</i> |
| ESOFAGITIS | <i>Inflamación del esófago por reflujo del contenido gástrico, ingestión de cáusticos, anomalías congénitas etcétera.</i> |
| ESTEROIDES | <i>Grupo de hormonas indicadas en la leucemia linfocítica enfermedad de Hodkin y otros linfomas, cáncer de mama, cáncer cerebral metastásico, adema cerebral y como antiinflamatorios.</i> |

ESTIMULACION ELECTRICA

TRANSCUTANEA (TENS) *Tratamiento que consiste en activar eléctricamente las fibras nerviosas que proporcionan la sensibilidad del área dolorosa proximal al área lesionada.*

FARMACOLOGIA

Estudio de las drogas y sus efectos en el organismo.

FENOTIAZINAS

Sustancias de efecto antihistamínico, antihelmíntico (para combatir los parásitos) y antipsicótico, mejoran los síntomas psicóticos tales como delirios y alucinaciones presentando, a la vez efecto tranquilizante, hipnótico y ansiolítico.

FISIOTERAPIA

Curación y alivio de las enfermedades a través del manejo de medidas físicas (ejercicio, masaje, etc).

GANGLIOS

Dilatación o engrosamiento que ocurre en el trayecto de un vaso linfático o de un nervio.

GASTRITIS EROSIVA

Inflamación con erosiones de la mucosa gástrica.

**GLANDULA PINEAL O
HIPOFISIS**

Glándula que se encuentra en la silla turca y que pende del cerebro por un pedículo. Secreta hormonas que regulan el crecimiento de los tejidos orgánicos, que dirigen la función de la tiroides, de la corteza suprarrenal, de las gónadas, y de la paratiroides.

GRIMORIO

Tratado antiguo sobre prácticas mágicas y curativas.

HERNIA HIATAL

Profusión del estómago por encima del diafragma.

| | |
|--------------------------------------|--|
| HIPERPATIA | <i>Aumento en el umbral del dolor, que se vincula a una respuesta dolorosa excesiva ante un estímulo que sobrepasa ese umbral.</i> |
| HIPNOSIS | <i>Modalidad de interacción social en la que una persona o paciente responde a las sugerencias ofrecidas por otra persona o terapeuta experimentando como consecuencia de ello variaciones o alteraciones en sus procesos mentales (atención, percepción, memoria, etc), respuestas fisiológicas y conducta.</i> |
| LOBECTOMIA | <i>Operación quirúrgica consistente en la incisión o sección de un lóbulo.</i> |
| LOBOTOMIA | <i>Operación quirúrgica consistente en la sección de un lóbulo</i> |
| MECANISMOS TELENCEFALICOS | <i>Mecanismos en los que intervienen los hemisferios cerebrales y comisuras interhemisféricas (cuerpo calloso, comisura inferior y comisura hipocámpica).</i> |
| MECANISMO ESPINALES | <i>Mecanismo en los que interviene la médula espinal.</i> |
| MEDULA ESPINAL | <i>Parte del sistema nervioso de forma cilíndrica y dotada de dos engrosamientos, el cervical y el lumbar, se extiende desde el agujero occipital hasta la vértebra III. Esta formada de cordones de sustancia blanca alrededor de una porción central de sustancia gris.</i> |
| MIELOTOMIA | <i>Intervención quirúrgica de la médula, útil para el control del dolor pélvico de la línea media y la perineal.</i> |
| METASTASIS | <i>Aparición de focos morbosos secundarios a otro primitivo, en partes no contiguas.</i> |

| | |
|--------------------------------|--|
| MORFINA | <i>Alcaloide del opio, que tiene efectos narcóticos y que se utiliza como calmante.</i> |
| NALOXONA | <i>Antagonista opiode.</i> |
| NARCOTICO | <i>Dícese de los fármacos que producen sueño o estupor.</i> |
| NEURALGIA DEL TRIGEMINO | <i>Brotos de dolor lascinante intenso breve en la distribución en una o más divisiones del 5- par craneal, en la mayoría de los casos la mandibular superior o maxilar.</i> |
| NEUROTRASMISOR | <i>Sustancias químicas de cuya acción depende el efecto que el impulso nervioso, llegado a la unión sináptica, tiene sobre la membrana postsináptica.</i> |
| NEUROPATIA PERIFERICA | <i>Afección nerviosa, por lo general degenerativa de la porción periférica del sistema nervioso.</i> |
| OPIACEOS | <i>Alcaloides y derivados del opio que tienen efecto semejante al de la morfina. Se obtienen de la amapola (<i>Papaver somniferum</i>) y es el exudado lechoso que se produce cuando se raspa o se corta el cáliz. Estas sustancias tienen un efecto analgésico muy potente y es su principal uso terapéutico.</i> |
| PARESTESIA | <i>Sensación anormal específica a un sentido o que afecta a la sensibilidad general.</i> |
| PATOCRONIA | <i>Evolución cronológica de un trastorno o enfermedad.</i> |
| PATOLOGIA HISTICA | <i>Afección o daño en el tejido de una parte específica del organismo.</i> |

**PENSAMIENTO
CATASTROFIZANTE**

Tendencia a exagerar los aspectos y/o consecuencias negativas de experiencias o circunstancias vividas por el sujeto. Puede equiparse al pensamiento pesimista de algunas personas.

PERSONALIDAD

Conjunto de rasgos y formas característicos de comportarse que distinguen a un individuo de los demás, manifestándose en pautas de conducta, actitudes, emociones y estados de ánimo, como su estilo de vida o forma de ser, en su adaptación al ambiente.

PEYOTE

Cactus cuyo principio activo es la mezcalina y cuya composición química es similar a la de la adrenalina, su ingestión ocasiona alucinaciones visuales, estados de gran ansiedad (por las experiencias psicóticas que produce), temblores, hiperreflexia y otros fenómenos del simpático.

PLACEBO

Preparación farmacéutica que no contiene principios activos, pero es capaz de efectos psicoterapéuticos. Se usa también en estudios de control.

**PRIORIZACION
PERCEPTUAL**

Afocamiento de la atención en una manifestación perceptual de terminada. Por ejemplo, concentración en una sensación de calor.

PROSTANGLANDINAS

Principios activos que existen en diversos tejidos humanos, estimulan la musculatura lisa y las contracciones uterinas, hacen descender la presión de la sangre, y tienen acción anticonceptiva y abortiva.

PRURITO

Comenzón, malestar de la piel que lleva a rascarse.

RADIOTERAPIA

Tratamiento de ciertas enfermedades mediante energía radiante (rayos x, Radio o Cobalto).

**REACCIONES
PARALGESICAS
VEGETATIVAS**

Reacciones neurovegetativas (ritmo cardíaco, cambio del tono muscular, contracciones y secreciones gástricas) y emocionales del dolor. El control de estas, se logra por la lesión del hipotálamo posterior y del complejo amigdalino.

RIZOTOMIA

Lesión selectiva de las fibras alfa y delta.

**RETROALIMENTACION
BIOLOGICA (RAB)**

Técnica terapéutica que requiere en condiciones ideales, del uso de instrumentos electrónicos para medir, procesar o indicar la actividad inmediata de varios procesos o funciones psicofisiológicos, de los que los sujetos normalmente no se dan cuenta (ritmo cardíaco, respuesta galvánica de la piel, temperatura periférica etc.). De tal manera que el sujeto tenga la oportunidad de modificar y/o desarrollar un control voluntario sobre dichos procesos corporales una vez que se le ha adiestrado en algunas técnicas psicológicas (hipnosis y relajación, por ejemplo), que hagan factible dicho control. El propósito es enseñar al sujeto como cambiar o modificar algunas funciones psicofisiológicas, o bien algunos patrones de conducta.

SUGESTION DIRECTA

Sugerencia directa (no simbólica, ni enmascarada) que se da al sujeto durante un proceso hipnótico. Por ejemplo sugerir que la región dolorosa se entumese o vuelve insensible. Se conoce también como cognición hipnótica abierta, opuesta a la cognición hipnótica cubierta.

TRANCE

Estado de intenso foco hacia dentro o absorción concentración interior, donde es posible experimentar realidades internas como sucesos externos verdaderos y cargarlas con significación personal y acompañarlas de respuestas psicofisiológicas apropiadas a la realidad externa correspondiente.

UMBRAL

Intensidad mínima que debe tener un estímulo para ser efectivo; es decir capaz de generar un impulso nervioso.

INDICE

| | <i>PAGINA</i> |
|--|---------------|
| <i>DEDICATORIAS</i> _____ | 3 |
| <i>AGRADECIMIENTOS</i> _____ | 6 |
| <i>RESUMEN</i> _____ | 7 |
| <i>INTRODUCCION</i> _____ | 8 |
| <i>CAPITULO I DOLOR</i> | |
| <i>A) GENERALIDADES</i> _____ | 11 |
| <i>B) TEORIAS MEDICAS Y PSICOLOGICAS</i> _____ | 17 |
| <i>CAPITULO II TRATAMIENTO MEDICO</i> | |
| <i>A) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</i> _____ | 22 |
| <i>B) CIRUGIA</i> _____ | 24 |
| <i>C) BLOQUEOS</i> _____ | 25 |
| <i>D) TENS</i> _____ | 29 |
| <i>E) OTRAS TERAPEUTICAS (ACUPUNTURA, ETC.)</i> _____ | 30 |
| <i>F) LIMITACIONES DEL MODELO BIOMEDICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MODELO PSICOLOGICO</i> _____ | 31 |

CAPITULO III TRATAMIENTO PSICOLOGICO

| | |
|---|-----------|
| * TERAPIA CONDUCTUAL | 34 |
| - MANEJO AMBIENTAL | |
| - INTERVENCIONES COGNITIVO - CONDUCTUALES | |
| * HIPNOSIS Y RETROALIMENTACION BIOLOGICA (RAB) | 40 |
| * ASESORIA FAMILIAR Y DE PAREJA | 48 |
| * LIMITACIONES DEL MODELO PSICOLOGICO | 49 |
| * VIÑETA CLINICA | 50 |
| DISCUSION Y CONCLUSIONES | 56 |
| LIMITACIONES Y SUGERENCIAS | 58 |
| APENDICE (TABLAS) | 60 |
| REFERENCIAS | 73 |
| GLOSARIO | 78 |
| INDICE | 86 |