



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
PLANTEL IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

## APROXIMACIONES PSICOLOGICAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR

**T E S I S I N A**

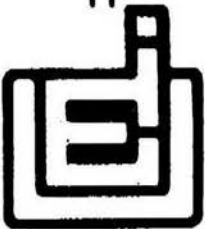
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:**

**AIDA RUTH MILLAN GONZALEZ**

ASESORES: MTROS. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES  
JOSELINA IBAÑEZ REYES  
HERMINIA MENDOZA MENDOZA



MEXICO, D. F.

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

A ti...

*Ante todo, agradezco a Dios  
por la vida y la salud*

*A mis padres por su formación  
y cariño que me han brindado y  
por este logro que también es suyo*

*Con todo respeto y gratitud  
al Profesor José de Jesús Vargas  
Por su valiosa ayuda en la realización  
del presente trabajo*

*A la E.N.E.P.I.  
por haberme alojado en sus aulas  
durante mi preparación académica  
y por su destacada labor docente en la  
formación de profesionales*

*Por una de mis  
metas alcanzadas*

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del Dolor*



*“El dolor es una poderosa y oculta  
mano que rasga la corteza de la  
piedra para extraer la pulpa”*

*Gibrán Jalil Gibrán*

## INTRODUCCIÓN

### IZT.

El dolor es un fenómeno elusivo, con muchos misterios alrededor de él. Cuando tenemos dolor, nos sentimos mal, pero acudimos inmediatamente a su fuente para retirarnos hasta de una manera refleja. Si tocamos accidentalmente una plancha muy caliente, retiramos la manos antes de que sintamos dolor. Por lo tanto, el dolor es una respuesta de adaptación. Nos permite cuidarnos y eliminar la posibilidad de que nos dañemos en la medida de lo posible. Si no sintiéramos dolor, podríamos caminar y caer por no calcular la pisada y seguiríamos caminando a pesar de la lesión, la cual se complicaría por falta de cuidado. Si no sintiéramos dolor, moriríamos en corto tiempo.

Sin embargo, cuando no existe un aviso de este tipo, o cuando la enfermedad que tenemos se prolonga por mucho tiempo, el dolor se convierte en un verdadero problema por resolver. Por ejemplo, en un paciente con cáncer, o un dolor de espalda crónico o un dolor de cabeza que se convierte en migraña. En estos casos, hay que afrontar al dolor.

Pero podríamos pensar que al profesionalista al que tendríamos que recurrir para un problema de dolor es a un médico en cualquiera de sus especialidades. ¿Para qué tendríamos que solicitar los servicios de un psicólogo? Aparentemente no tendríamos por qué hacerlo. Sin embargo no es así. Para ésto, tenemos que hacer una distinción entre una enfermedad crónica y una aguda.

Cuando tenemos alguna enfermedad o dolor, acudimos al médico. Dependiendo del tipo de problema que tengamos, el médico establece un diagnóstico y proporciona generalmente la cura. Si el problema que se presenta es demasiado grave, entonces el sujeto muere. Pero veamos las reacciones sociales ante un fenómeno de este tipo. Cuando alguien se enferma, generalmente se le socorre al sujeto, se le recomienda descanso. Si el problema es grave, la familia y los allegados dejan de hacer sus cosas rutinarias para apoyar y socorrer al enfermo con cuidados emocionales, sociales y económicos. Si el paciente se alivia después de un corto tiempo, todos regresan nuevamente a sus actividades rutinarias. También ocurre esto si el paciente muere rápidamente. Se establecen los ritos de duelo y de

reestructuración familiar para que la familia continúe funcionando. Pero el problema de la enfermedad ha desaparecido. Todo esto ocurre con una enfermedad aguda.

Pero con las enfermedades crónicas ocurre otra cosa muy distinta. Al principio todo es igual que en las enfermedades agudas. Pero con el tiempo, el paciente no se cura y existe urgencia de las demás personas en regresar nuevamente a sus actividades diarias. El paciente ni se cura ni se muere, pero sigue siendo un problema. Aquí es donde surgen los problemas psicológicos. Y surgen por los problemas de interacción emergentes en estos momentos. Los familiares están desesperados por la pérdida de tiempo por un lado, pero por el otro sienten la responsabilidad del cuidado de su pariente. El paciente también se comienza a desesperar porque no sana y se da cuenta de que todos comienzan a alejarse. Ambos bandos se consideran incomprendidos. Con el tiempo. Tanto el paciente como la familia comienzan a desarrollar patrones conductuales enfermos, ocurriendo que surge un problema de mantenimiento accidental de las conductas de dolor del enfermo. Aquí es donde interviene el psicólogo. Éste profesionalista no viene a sustituir al médico, ya que no

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

comparten los mismos conocimientos ni el mismo campo. Más bien acude, con técnicas y un conocimiento del comportamiento humano a restablecer un patrón de estilos de interacción más sanos o más funcionales. De tal manera que, en la medida de lo posible, el paciente tenga adherencia al tratamiento médico y que no desarrolle patrones de interacción disfuncionales con su propio dolor y con su familia.

Es por esto que el objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de los artículos más actuales que existen sobre el tema del dolor tratado con técnicas conductuales.

Para lograr esto, se presentará, el primer capítulo al dolor como un problema social. En el segundo capítulo se hará una revisión de las principales teorías que existen sobre el dolor. En el tercero se explicarán algunas técnicas cognitivo-conductuales que se han utilizado para el tratamiento del dolor crónico, junto con consideraciones conceptuales. En el cuarto capítulo, se realizará la descripción de los artículos encontrados de 1990 a la fecha sobre tratamientos psicológicos para el dolor. Por último, en el quinto capítulo se harán las conclusiones. Con esto esperamos cubrir el

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

propósito de sistematizar un poco el conocimiento de lo que hay de actual en el tratamiento del dolor desde el punto de vista de los psicólogos cognitivos-conductuales.

## **CAPÍTULO 1**

# **EL DOLOR COMO UN FENÓMENO SOCIAL**

## **CAPÍTULO 1: EL DOLOR.**

El dolor es un fenómeno que ha acompañado al hombre desde siempre. Ha sido un fenómeno por medio del cual se puede controlar a otros hombres. Por medio del dolor, se puede hacer que alguien haga algo o deje de hacerlo. Este fenómeno del dolor está tan presente, que en pocas ocasiones nos detenemos a analizarlo. Sin embargo, ahí se encuentra presente.

El análisis objetivo del dolor comenzó con los primeros estudios de fisiología y con las reflexiones filosóficas de Descartes, quien fue propiamente el que formuló la primera teoría sobre el dolor. Posteriormente, se hicieron investigaciones fisiológicas mas profundas, encontrándose que existían estructuras anatómicas pequeñas que permiten convertir los impulsos táctiles en una señal neurológica; sin embargo, no se encontraron estructuras traductoras de señal específicas para el caso del dolor. En este caso, a partir de esta investigación, se desarrolló la teoría mas sencilla del dolor, que es el de la especificidad. Ésta postula que existe un receptor específico del dolor, una vía especializada para conducir el estímulo y un centro del dolor dentro del cerebro



### Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

también específico. A esta teoría se le llamó la teoría de la campana por su semejanza con un campanario en el cual existe una cuerda que está directamente conectada al badajo de la campana. Cuando se mueve la cuerda, ésta mueve al badajo y golpea a la campana haciéndola sonar. Sin embargo el fenómeno del dolor no es tan sencillo. Existe síndrome que esta teoría no puede explicar como lo es el caso del dolor por miembro fantasma. Cuando a un sujeto se le amputa algún miembro, sigue teniendo sensaciones de todo tipo, incluyendo las dolorosas de un miembro que ya no existe. Esto hizo que se desarrollaran otras teorías. La teoría del patrón se desarrolló a partir de investigaciones fisiológicas. Esta teoría postula que no existe absolutamente ninguna especificidad para el dolor. Mas bien existen estructuras sumadoras tanto en el sistema central como en el periférico. Estas estructuras, una vez que se supera el umbral, disparan una señal que es amplificada por las estructuras sumadoras, dando lugar a la sensación. Pero esta teoría también tenía muchos problemas, ya que se sabe que si existe cierta especificidad. Esto hizo que en 1964, Melzack y Wad, desarrollaran la famosa teoría del control de entrada, tomando en cuenta tanto lo postulado por la teoría de la especificidad como la del patrón. Esta teoría dice que en la

sustancia gelatinosa de la médula espinal, existe un mecanismo de entrada. Este mecanismo se activa por tres tipos de fibras. Primero, por fibras largas y delgadas que hacen que la entrada se cierre y permanezca así. Segundo, por fibras cortas y gruesas que hacen que la entrada se abra, una vez superado el umbral y se reporte la experiencia del dolor. Y tercero, por fibras descendentes de las partes superiores del encéfalo. Este tercer elemento es muy interesante para los psicólogos, porque lo que implica es que los fenómenos de tipo cognoscitivo tienen injerencia en la percepción del dolor.

El fenómeno del dolor es enigmático porque es esencialmente una experiencia interna. Podemos observar y hasta medir el estímulo doloroso cuando es aplicado externamente, pero no podemos saber con seguridad qué tanto es lo que verdaderamente le duele al sujeto. Pero cuando el estímulo doloroso es interno, como en el caso de alguna enfermedad, no conocemos la magnitud ni del estímulo ni de la respuesta; solo podemos observar que el sujeto se queja, llora y refiere el dolor. Nunca podremos saber con seguridad qué es lo que pasa en la conciencia del sujeto porque no conocemos de primera mano los

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

fenómenos que están desarrollándose y por lo tanto, podemos sospechar que el individuo miente con la finalidad de alcanzar algún fin como la atención de los demás.

Sin embargo, el fenómeno del dolor es una construcción social. Esta afirmación es difícil de entender en primera instancia. Cuando sentimos algún estímulo lo suficientemente fuerte, podemos sentir dolor. Y la estimulación es tan vívida y presente que no dudamos de su existencia. En este sentido, podemos definir al dolor como aquella estimulación que en forma actual o inminente daña cualquier tejido de nuestro organismo. La estimulación es real y las sensaciones causadas por dicho estímulo son reales, pero el individuo las interpreta de diferentes maneras de acuerdo a su aprendizaje social. En esto es donde radica la construcción social del dolor. Como fenómeno, es construido socialmente a partir de la experiencia social y de la estructura anatómica heredada filogenéticamente. De esta manera, es posible que un determinado estímulo sea considerado como doloroso en alguna ocasión, mientras que en otra no se perciba así o incluso en otras ocasiones se llegue a considerar como agradable. Esto depende tanto de la naturaleza del estímulo,

Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

como del contexto histórico y social en que se desarrolla el fenómeno.

En general, se considera al dolor como una forma de aviso que tiene el cuerpo de que alguna parte del mismo está sufriendo o está a punto de sufrir algún daño. Esto nos protege, ya que nos retiramos del estímulo doloroso antes de que el daño tisular sea mas grande o mas grave. En este sentido, el dolor nos obliga a tomar medidas perentorias y cada vez mas drásticas para proteger el cuerpo. Por lo tanto, el dolor es una sensación heredada que se ha desarrollado tanto de forma filogenética como ontogenética para sobrevivir con éxito. Pero en ocasiones, el dolor surge como un problema per se. Es decir, que no existe inminencia de daño tisular y sin embargo la sensación de dolor sigue haciendo sufrir al individuo. Aquí es donde la medicina moderna ha entrado en acción para atacarlo. Por ejemplo, cuando el dolor es debido a alguna degeneración neurológica o se padece de alguna enfermedad que provoca dolor.

El dolor se ha tratado de diversas maneras. La primera que se nos ocurre es la ingestión de analgésicos. En la actualidad se han desarrollado una gran cantidad de ellos y la

Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

industria farmacéutica constantemente está investigando y sacando al mercado nuevos y cada vez mejores productos. Actualmente encontramos analgésicos que van del ácido acetilsalicílico hasta la morfina. Cada uno de ellos tiene sus ventajas, pero también tienen efectos iatrogénicos. Es decir, que los medicamentos resuelven el problema, pero crean otro con su ingestión. Esto es muy frecuente en la medicina actual. Se calcula que un poco más de 50% de la medicina que se vende en las farmacias, es para atacar la iatrogenia de otros medicamentos.

La psicología como disciplina científica surge de manera tardía dentro del desarrollo científico y con respecto a muchas otras disciplinas que tienen cientos de años o milenios desarrollándose, como es el caso de la medicina. Sin embargo, en años recientes, ha venido surgiendo la necesidad de la intervención del psicólogo dentro del tratamiento de síndromes médicos. Es decir, que el psicólogo ha venido interviniendo en la preparación de pacientes para cirugía, en el tratamiento psicológico para pacientes con dolor crónico y agudo, en la intervención del ambiente familiar del paciente con la finalidad de que se adapte mejor y su recuperación sea más rápida. Al respecto, existen numerosas

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

investigaciones que demuestran la eficacia de estas intervenciones.

En el caso del dolor, se han desarrollado diversos tratamientos que van de la relajación, el afrontamiento cognitivo y la hipnosis para el caso de dolores agudos, hasta la aplicación de la tecnología conductual para la eliminación del dolor, tomando en cuenta al sujeto y a su familia.

Esto nos abre un panorama cada vez mas amplio de trabajo y de perspectivas de investigación. Es una rama mas de la psicología que se encuentra en franco proceso de desarrollo y crecimiento, dando la oportunidad de la intervención del psicólogo en campos en donde tradicionalmente solo intervenía el médico. En todo fenómeno médico, existen implicaciones psicológicas.

En este sentido, se propone en la presente tesina, la revisión de los tratamientos psicológicos mas recientes que hay hasta la fecha. Se hará una revisión bibliográfica exhaustiva que nos permita conformar el panorama actual del psicólogo en el tratamiento del dolor.

## **EL DOLOR COMO UN FENÓMENO SOCIAL**

Aparentemente el dolor es una cuestión meramente fisiológica tanto como la visión, el tacto, el olfato y demás sensaciones sensoriales. Lo que ocurre generalmente es que, por ejemplo en el olfato, un conjunto de receptores especializado captan los cambios químicos que existen en el aire. Estos receptores, que no son sino traductores de energía, transforman la sensación en un impulso eléctrico codificado, el cual es descodificado e interpretado por el cerebro. Esto ocurre con casi todas las sensaciones. Esto significa que nacemos con un equipo con una historia filogenética. Esto es, con una propensión biológica para comportarnos y actuar de determinada manera. Sin embargo, el hombre no solo es biológico, sino también social. Casi todo nuestro comportamiento es aprendido. Es necesario un contexto social para aprender a caminar sobre los pies, aunque están perfectamente adaptados para ello, es necesario el aprendizaje. También para hablar, para pensar y

### Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

ya no se diga para desarrollar actividades sociales tales como defecar y orinar en un momento y lugar determinados, para leer, escribir y desarrollarnos socialmente.

Pero con el caso del dolor, la cosa cambia más que en el caso de las demás sensaciones. Para que podamos sentir dolor, es necesario que hayamos nacido con un equipo biológico estructural y funcional que nos permita percibir la sensación, pero la calificación de la sensación es aprendida. Es decir que el niño aprende socialmente a calificar cierto tipo de sensaciones como dolorosas dependiendo de su contexto social, histórico y cultural. De esta manera, los animales no pueden sentir el dolor en un sentido humano. Tienen sensaciones y se acercan o alejan de los estímulos que se les presentan en el medio, pero no tienen la complicada maraña humana aprendida que involucra significados de tipo social y cultural. Por ejemplo, si pateamos a un perro, éste puede aullar y alejarse rápidamente o tirar una mordida al pie que lo pateó, pero no se encuentran involucrados aspectos humanos complejos, tales como el sentido del estímulo, que puede ser humillante, o puede considerarse como merecido por una acción determinada.



Shoenfeld (1980), publicó un interesante y polémico trabajo en el que afirma en forma categórica, como suelen hacerlo los conductivos, que el dolor no es más que un fenómeno social. Él dice que el dolor es un fenómeno, el cual tiene muchos problemas "Los trabajadores de laboratorio han intentado (como estímulos dolorosos) choques eléctricos, calor radiante, presión, frío, agentes químicos, y otras forma de estimulación, pero la estandarización los ha eludido. El fracaso se origina en varios hechos, entre ellos se encuentra que el reporte de "dolor" de un sujeto depende críticamente de algo más que el supuesto "estímulo de dolor", a saber, de factores de estado de ánimo y motivación de la percepción del sujeto de sí mismo y su papel en la situación experimental, y así por el estilo. Parece inescapable que nunca se encontrará un estímulo estándar del "dolor", pero podemos aprender algo de este fracaso acerca de cómo se debe concebir el "dolor", y cómo debe ser estudiado" (pág. 223).

En este sentido, Shoenfeld afirma que el dolor es una construcción social, tal como lo hemos venido afirmando. Finalmente los seres humanos no somos sino resultado de la

interacción con el medio. Pero esta interacción es recíproca. Nacemos con un conjunto estructural de órganos y centros de recepción, pero éstos son modificados de acuerdo con la estructura social en que nos desarrollamos.

“Creemos, junto con nuestros amigos cognoscitivistas o humanistas, que lo “doloroso” del “dolor” de un hombre depende de cómo identifica ese dolor, su origen, sus propósitos, su posible resolución. Verdaderamente, esto es justo lo que queremos decir cuando afirmamos que el “dolor” es una construcción social, un producto del entrenamiento social” (pág. 224). Es decir que el significado que le da un sujeto a un estímulo es lo que va a determinar si dicho estímulo es agradable, indiferente o desagradable. Pero esta significación es totalmente aprendida.

Seguendo a Shoefeld, dice que “...solamente deseamos llamar la atención, otra vez, al hecho de que, primero, lo “doloroso” de un estímulo debe ser juzgado a partir de la respuesta del organismo a ese estímulo, y, segundo, que lo que de acuerdo a cualquier criterio es “doloroso” en una situación, no necesita serlo en otra. Una vez dicho esto, podríamos pasar a las siguientes preguntas naturales: ¿En

qué indicios basa un observador su juicio acerca del “dolor” de un sujeto? y ¿cuales son las variables de entrenamiento y de otro tipo, además del estímulo que se le está aplicando al sujeto, que ejercen algún grado de control sobre la conducta observada de “dolor”? Para contestar estas preguntas con alguna certidumbre se requiere de una apreciación de que tan radicalmente se puede moldear la conducta de un individuo a través de la educación y de las condiciones proporcionadas por su sociedad” (pág. 225).

Un ejemplo de cómo la sociedad moldea conductas que en otro contexto podrían considerarse como sumamente dolorosas es la siguiente cita de Melzack (1973):

“Uno de los más impresionantes ejemplos del impacto de los valores culturales sobre el dolor es el ritual de colgarse de un gancho que aún se practica en algunos lugares de la India. La ceremonia deriva de una antigua práctica en la cual un miembro del un grupo social es elegido para representar el poder de los dioses. El papel del hombre escogido (o “celebrante”) es bendecir a los niños y a la cosecha en una serie de villas vecinas durante un periodo particular del año. Lo que es remarcare sobre el ritual es que los ganchos de

acero, que son colocados con fuertes cuerdas en la cima con un carro especial, son clavados violentamente bajo la piel y los músculos a ambos lados del cuerpo a la altura de los costados. Entonces el carro es movido de villa en villa. Usualmente el hombre se sostiene de las cuerdas conforme se mueve el carro. Pero el clímax de la ceremonia en cada villa, es cuando él se columpia, sosteniéndose solo por los ganchos clavados en el cuerpo, bendiciendo a los niños y a las cosechas. Sorprendentemente, no hay evidencia de que el hombre tenga dolor durante el ritual; más bien, parece estar "en estado de exaltación". Cuando los ganchos son quitados más tarde, las heridas sanan rápidamente sin ningún cuidado médico que no sea la aplicación de ceniza. Dos semanas más tarde, las cicatrices son apenas visibles" (pág. 24).

Como este ejemplo, existen muchos en culturas diferentes a la occidental, en el cual los sujetos se someten a estímulos que nosotros calificaríamos como sumamente dolorosos y que ellos no lo reportan así.

Regresando a Shoenfeld, éste propone un modelo para el estudio del dolor:

$$E \rightarrow R_1 \rightarrow R_2$$

“En ella, E denota el estímulo o la función de energía de entrada;  $R_1$  es la respuesta somática o conjunto de respuestas al estímulo inicial; y  $R_2$  es una respuesta de seguimiento o el conjunto de respuestas que tiene alguna relación de probabilidad condicional con E y  $R_1$ , u que, por eso, puede tomarse como un “reporte” de la ocurrencia de E y/o  $R_1$ .” (Pag. 226). Esto significa que cuando se aplica un estímulo, el organismo responde de una determinada manera y posteriormente responde, en forma aprendida, a esa determinada manera. Por ejemplo, en el caso del dolor, si a un sujeto lo pinchan con una aguja, su estructura biológica responde percibiendo el estímulo, y luego, dependiendo del significado que le aplique a dicha percepción, la calificará como algo doloroso, insignificante o hasta agradable.

“En cada sociedad, los seres humanos se emplean a sí mismos como la norma en la que basan sus creencias acerca de las “sensaciones”, “percepciones”, y los reportes que llaman “subjetivos”. Nuestra propia cultura prescribe las reacciones somáticas que se deben esperar de eventos de

estímulo particulares, y nos enseña a dar o a esperar ciertos tipos de "reportes" a esas reacciones" (pág. 226).

Ahora bien, ¿de qué manera sabemos que algo nos duele? Existirían dos medios. El primero es observar las conductas abiertas tales como los gestos, llanto, movimientos de retirarse del estímulo nociceptivo. Y la otra forma es a través de la conducta verbal del sujeto. Es decir, que nos informe lo que está sintiendo y cómo lo está sintiendo. "La conducta verbal, incluyendo el reporte de "dolor", es siempre condicionable separadamente y no tiene una relación a priori con los eventos E y R que la anteceden. En el caso del "dolor", los referentes del "reporte" pueden ser más bien específicos, pero todos sabemos que en una escala más grande que un hombre puede al mismo tiempo hablar de una manera y comportarse de otra" (Shoenfeld, 1980; pág. 227).

Por lo tanto, el dolor es una respuesta humana, que se da dentro de un contexto social aprendido y construido. No se da en la nada o solo como resultado de la estimulación incondicionada y como respuesta incondicionada. Sino que el dolor es una respuesta que se encuentra condicionada a la

situación social. Esto nos da una idea de lo complicado que es su estudio.

Una vez planteada la naturaleza del fenómeno que nos proponemos estudiar. En el siguiente capítulo, revisaremos, continuando con éste, las diversas teorías que existen sobre el dolor.

*“Un gran dolor el amor es,  
Y es una pena perderse del dolor;  
Pero de todos los dolores, el más  
grande dolor  
es el amar, pero amar en vano”*

*Abraham Cowley. 1618-1667 vii. Gold*



## **CAPÍTULO 2**

# **TEORÍAS SOBRE EL DOLOR**

## **CAPÍTULO 2: TEORÍAS SOBRE EL DOLOR**

Cuando el científico se enfrenta con un fenómeno, es necesario que éste tenga un marco conceptual que le ayude a entender y explicar el fenómeno. Siempre tenemos una idea acerca de cómo funcionan las cosas. Algunos científicos piensan que podemos partir de *tabula rasa* para explicar un fenómeno. Es decir, observar sin juicios anticipados de una forma sistemática y después de esto, puede surgir la posibilidad de generar una teoría para explicar lo observado. Visto esto desde una perspectiva puramente lógica, es posible; pero visto desde una perspectiva práctica, no lo es. Cuando observamos un fenómeno, lo hacemos teniendo una idea al menos básica de la forma en que funciona el fenómeno. Como lo afirma Popper (1987) aún en la vida cotidiana, esperamos que las cosas se comporten de una forma determinada y nosotros nos comportamos acordes a esta perspectiva reconstruida.

En el caso del fenómeno del dolor, no podía ser menos. Aparentemente es relativamente fácil dar explicación a este

fenómeno de una manera puntual. Sin embargo, cuando nos introducimos a la observación más a fondo del fenómeno, surgen complicaciones. Una de ellas es el fenómeno del miembro fantasma. Cuando alguna extremidad tiene algún accidente, sufre una serie de cambios que provocan gran sufrimiento al paciente. Si debido a determinadas circunstancias es necesario amputar dicha extremidad para salvarle la vida al paciente, entonces puede surgir este problema del dolor de miembro fantasma. Es decir, que el paciente reporta dolor de un miembro que ya no existe porque fue amputado. Los dolores pueden ser tan específicos que al paciente le puede doler incluso un la uña de un dedo determinado. También puede tener sensaciones fantasma tales como calor, comezón, etcétera. Esto hace que las explicaciones no puedan ser sencillas porque el fenómeno no es sencillo. Sin embargo, los científicos intentan explicar el fenómeno de alguna manera. En el caso del dolor, han surgido una variedad de teorías que lo explican. Cada teoría explica algunos aspectos del fenómeno, pero ninguna logra establecer un marco conceptual completo. Esto es lo que se espera en el fenómeno científico. Una teoría es científica siempre y cuando existan posibilidades de refutarla. Cuando un teoría es postulada como completamente verdadera,

entonces deja de ser científica para convertirse en otro tipo de conocimiento como la religión, el arte, etcétera.

Para el caso específico del dolor, y con efectos de explicación, presentaremos tres teorías. La teoría de la especificidad que es la más simple y la más vieja para explicar el dolor; la teoría del patrón que hace una explicación más compleja del fenómeno tomando en cuenta mecanismos de sumación; y por último, la teoría del control de entrada que en este caso es la más actual, retomando tanto aspectos de la teoría de la especificidad como la del patrón dando un giro muy interesante acerca de la explicación porque introduce elementos psicológicos en la explicación. Sin embargo, aún esta última teoría tiene deficiencias que no le permiten explicar totalmente el fenómeno. Sin embargo hasta la fecha es la más actual y se encuentra en fase de evaluación. Los resultados son alentadores.

## ***2.1 TEORÍA DE LA ESPECIFICIDAD.***

“La teoría de la especificidad propone que un mosaico de receptores específicos en el tejido corporal se proyectan a un

centro del dolor en el cerebro. Sostiene que las terminales nerviosas libres son los receptores del dolor y generan los impulsos del dolor que son llevadas por las fibras C y A-delta en los nervios periféricos y por el tracto espinotalámico en la espina dorsal a un centro del dolor en la tálamo” (Melzack y Wall, 1965; pág. 154). Esta teoría como ya lo mencionamos, es la más sencilla y en algunas ocasiones se le ha llamado la teoría de la campana por su semejanza con la campana de una torre. Es decir, que la campana tiene un cuerda específica que está conectada al badajo de la misma; este badajo es solo de la campana, es decir, también es específico; a su vez el badajo movido por la cuerda, golpea la campana y ésta suena. El mecanismo es simple, pero tiene problemas prácticos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta de que es la teoría más vieja y la que más se toma en cuenta cuando se trata de explicar el dolor a nivel general.

“Los estados patológicos de dolor de causalgia (un severo dolor quemante que puede resultar de una lesión parcial de un nervio periférico) el dolor de miembro fantasma (que puede ocurrir después de la amputación de un miembro) y las neuralgias periféricas (que puede ocurrir después de infecciones nerviosas periféricas o enfermedades

degenerativas) dan una dramática refutación del concepto de un sistema nervioso fijo de línea directa" (Melzack y Wall, 1965, pág. 154). En estos síntomas mencionados, la teoría de la especificidad no puede explicar lo que ocurre.

Cuando se lesiona quirúrgicamente en alguna parte del sistema nervioso periférico, no se obtiene éxito en eliminar el dolor reportado por los pacientes. También puede ocurrir que una ligera estimulación no nociva puede disparar dolores muy fuertes en los pacientes por largos periodos de tiempo. Esto ocurre en la causalgia, pero también hace que "zonas de disparo" surjan de manera espontánea e impredecible. Otra cosa que también puede ocurrir es que existan retardos en la sensación del dolor. Es decir que piquetes con una aguja pueden producir un súbito dolor después de retardos hasta de 35 segundos. Estos retardos no se pueden atribuir simplemente a la conducción de fibras de conducción lentas; más bien, implican una sumación de entrada temporal y espacial en la producción de estos estados de dolor.

Por otro lado, la evidencia psicológica no puede ser explicada por la teoría de la especificidad. Sabemos que el reporte del dolor depende del estado psicológico del

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

individuo. Existen lesiones que normalmente producirían dolores fuertísimos y no ocurre así y en sentido inverso, hay lesiones que no producirían tanto dolor y el sujeto lo reporta como un dolor insoportable. Por ejemplo, Beecher () reporta que en la batalla de Anzio en la Segunda Guerra Mundial, los soldados norteamericanos negaban totalmente el dolor de sus heridas y no deseaban medicamentos contra el dolor, a pesar de que las heridas eran muy fuertes y normalmente provocarían muchísimo dolor. Esto presumiblemente porque estaban contentos de haber salido con vida de la batalla. Estas heridas implicaban que el soldado tenía que ser trasladado a Norteamérica, que significaba que volverían a ver a sus familiares, sus posesiones etcétera. Es decir que el reporte del dolor estaba en relación contextual con lo que ocurría. Por supuesto que no es el único tipo de reporte al respecto, lo importante es señalar el significado psicológico y social de la estimulación nociva. Estas observaciones muestran que las actividades en el sistema nervioso central pueden intervenir entre el estímulo y la sensación que puede invalidar cualquier "ley" psicofísica simple.

Por el lado de la evidencia fisiológica, las investigaciones no han encontrado una gran cantidad de terminaciones

nerviosas que respondan solo a estimulación de alta intensidad. Y aún así, esto no significa que sean las "fibras del dolor", que deben de producir dolor y solo dolor cuando se estimulan. Es más probable que representen los extremos de una distribución continua de fibras receptoras de umbrales más que a una categoría especial. Además, en el sistema nervioso central, tampoco tenemos muchas evidencias de un camino especializado para la recepción del dolor.

## **2.2 TEORÍA DEL PATRÓN.**

En contra de la teoría de la especificidad, surgió la teoría del patrón, la cual fue propuesta por Goldscheider. Esta teoría afirma que la intensidad del estímulo y la sumación central son los determinantes críticos del dolor. De aquí surgieron dos teorías que reconocen el concepto de patrón en la entrada, la cual es esencial para cualquier teoría del dolor. Una ignora los hechos de la especialización fisiológica y la otra los utiliza en la propuesta de mecanismos de sumación central.



### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

La primera propuesta dice que todas las cualidades cutáneas son producidas por patrones espacio-temporales de los impulsos nerviosos, más bien que por rutas de transmisión separadas por modalidades específicas. Esta teoría propone que todas las terminales de las fibras son semejantes, de tal manera que el patrón del dolor se produce por la estimulación intensa de receptores no específicos. Sin embargo, la evidencia fisiológica sugiere un alto grado de especialización de las fibras receptoras. Por lo tanto esta teoría fracasa en la explicación del dolor porque ignora los hechos de especialización fisiológica.

La otra propuesta teórica subraya los mecanismos de sumación central más bien que la excesiva estimulación periférica. Se propone que la estimulación patológica intensa del cuerpo, instala circuitos reverberantes en la espina dorsal, o evoca actividades de la espina dorsal que pueden ser disparados por estimulación que normalmente no es nociva y genera descargas anormales que pueden ser interpretadas por el sistema nervioso central como dolor.

Estos conceptos de sumación central y control de entrada se han mostrado como muy poderosos en la explicación de

muchos de los fenómenos clínicos del dolor. Sin embargo, no explican de forma total el fenómeno. No dan una teoría unificada capaz de integrar los diversos mecanismos teóricos.

A partir de estas dos teorías de explicación del dolor, Melzack y Wall proponen su teoría del control de entrada, tomando en cuenta de que existe cierta especificidad en la fibras nerviosas, al mismo tiempo que toma en cuenta los mecanismos de sumación central.

### **2.3 TEORÍA DEL CONTROL DE ENTRADA.**

"La estimulación de la piel evoca impulsos nerviosos que se transmiten a tres sistemas del cordón espinal: las células de la sustancia gelatinosa en el asta dorsal, las fibras de la columna dorsal que se proyectan hacia el cerebro y las primeras células de transmisión central (T) en el asta dorsal. Proponemos que (i) la sustancia gelatinosa funciona como un sistema de control de entrada que modula los patrones aferentes antes de que a su vez influencien a las células T; (ii) los patrones aferentes en el sistema de la columna dorsal

actúan, al menos en parte, como un control de disparo central que activa procesos cerebrales selectivos que influyen en las propiedades moduladoras del sistema de control de entrada; y (iii) las células T activan mecanismos neurales que abarcan el sistema de acción responsable para la respuesta y la percepción. Nuestra teoría propone que el fenómeno del dolor está determinado por las interacciones entre estos tres sistemas" (Melzack y Wall, 1965, pág. 157).

No es fácil comprender la teoría desde el punto de vista estrictamente neurológico. Es necesario dar una explicación adicional. Lo importante para nuestro trabajo es entender que este mecanismo de control de entrada está influenciado por tres factores: a) fibras que mantienen cerrada la entrada y que modulan dicha entrada de estimulación; b) fibras que cuando su estimulación se coloca por encima de determinado umbral, abren la entrada para que la percepción del dolor se de; y la parte más importante c) fibras descendentes del cerebro que modulan la apertura o cerrada de la entrada. Éste último factor es muy importante porque lo que implica es que los aspectos cognoscitivos o psicológicos pueden tener influencia en la percepción o no del dolor. Estos aspectos

psicológicos son aprendidos de una forma social a través de la experiencia del individuo.

De esta manera se puede explicar el por qué el dolor es percibido en su intensidad y forma en diversos individuos y culturas. Por ejemplo, se reporta que en China, la circuncisión en los niños se realiza sin anestesia cuando éstos tienen cinco años de edad. Los niños acuden contentos a dicha operación porque tiene un significado social importante. Y así muchos reportes de casos en los que la estimulación que recibe el sujeto haría pensar que sentiría cantidades considerables de dolor, pero que en la realidad, el sujeto apenas si lo percibe o percibe la estimulación incluso con algún grado de placer.

Por lo tanto, podemos concluir que los seres humanos nacemos con mecanismos y estructuras heredadas que nos permiten, en este caso, percibir la estimulación del ambiente, pero definitivamente es el aprendizaje y la experiencia la que determina el *cómo* percibimos dicha estimulación. Esto abre la puerta al ingreso del psicólogo como profesional que intervenga en problemas relacionados al dolor.

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

Los tratamientos psicológicos propuestos tienen, entonces, un gran valor en la intervención de problemas de dolor como lo demostraremos en el presente trabajo.

*“Un fuego quema el fuego de otro,  
un dolor es aminorado por la  
angustia de otro”*

*William Shakespeare : Romeo y Julieta*

## **CAPÍTULO 3**

# **TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR**

## **CAPÍTULO 3: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR**

Los psicólogos han propuesto una serie de tratamientos de intervención para el dolor. Éstos abarcan una gran cantidad de aproximaciones y de síndromes. Esta aproximaciones, para efectos de nuestro trabajo, los vamos a dividir en dos: aproximación conductual, la cual abarca todas la técnicas de modificación de conducta aplicadas al dolor; y aproximación cognitivo-conductual, que además de tomar en cuenta al dolor como una experiencia conductual, toma en cuenta el manejo de las cogniciones del sujeto. En este capítulo únicamente describiremos algunas de las consideraciones conceptuales de estas aproximaciones, así como la descripción de las técnicas de intervención, para que el siguiente capítulo podamos analizar la bibliografía especializada.



### **3.1 APROXIMACIÓN CONDUCTUAL.**

El dolor es una experiencia privada; cuando alguien percibe una sensación, lo hace de una forma totalmente privada. Es posible que una persona perciba un color, alguna situación y por razones de conveniencia no reporte dicha percepción. Esto plantea el problema de la experiencia privada como objeto de investigación. Cuando observamos, por ejemplo, un avión y le preguntamos a un sujeto si percibe el avión y dice que sí, podemos constatar que el estímulo se encuentra allí. Pero cuando le solicitamos que perciba algo que sólo puede percibir él, entonces podemos desconfiar de su reporte. De esta manera, tenemos respuestas observables y respuestas no observables. Las primeras son fácilmente confiabilizables, pero las segundas nos meten en problemas de confiabilidad. La aproximación conductual se ha caracterizado por confiar solo en la conducta observable. Otro problema que tenemos es que el estímulo que provoca la sensación puede ser manipulado o al menos medido por el observador. Para el dolor, dentro de la investigación, podemos provocar y medir el estímulo con precisión. Por ejemplo, se ha utilizado el dolor provocado por sumergir la

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

mano en agua helada o concentrando calor en una pequeña zona de la piel o dando un choque eléctrico con determinada intensidad. Sin embargo, dentro de la investigación, no todos los estímulos pueden ser medidos de esta manera. Cuando el estímulo doloroso es endógeno como un dolor de cabeza, de vientre, entonces no podemos conocer ni la intensidad del estímulo ni podemos confiar en el reporte de la respuesta.

### IZT.

En el caso del dolor, cuando una persona percibe dolor, no solo lo reporta, sino que ejecuta una serie de conductas que nos indican que está sintiendo la sensación. Se dan conductas como llanto, gritos, gemidos, gestos de dolor, etcétera. También podemos tomar como conducta al reporte verbal del sujeto. En este caso no nos importa si el sujeto está mintiendo o no, sino que lo único que importa es que el sujeto reporte un nivel de dolor. Podemos escoger el pensar al dolor como una fenómeno sensorial, pero el problema del dolor necesariamente incluye muchos componentes conductuales. El grado significativo en el que los problemas de dolor incorporan conducta (independientemente de la sensación fisiológica) enfatiza la importancia de lo principios de aprendizaje y condicionamiento para el entendimiento y tratamiento de este tipo de problemas.

Siguiendo con este tópico, podemos distinguir dos tipos de dolor: el agudo y el crónico. En el dolor agudo, se presenta una situación específica (como un hueso roto, una herida), que resulta de un daño tisular identificable. El médico atiende el problema y no se espera que el dolor dure más allá de un cierto tiempo determinado que generalmente no provoca problema. En sentido contrario, en el caso del dolor crónico, en general, las estrategias médicas son superadas y poco se puede hacer para solucionarlo. De hecho, el problema del dolor puede exacerbarse por múltiples cirugías o prescripciones médicas extensas, como en el caso del dolor de espalda. En estos últimos casos, el modelo biomédico ha fracasado en la solución del problema del paciente y la cronicidad ha comenzado.

Una variable adicional que diferencia al dolor agudo del crónico está relacionada con el tipo de ansiedad experimentada por el paciente. En el dolor agudo la experiencia generalmente se asocia con cantidades cada vez mayores de ansiedad conforme se incrementa la intensidad del dolor, seguido por una reducción de la ansiedad una vez que se ha dado el diagnóstico adecuado. La reducción en la

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

ansiedad generalmente hace que la intensidad del dolor también se decremente. Un ciclo similar de ansiedad (donde el decremento de ansiedad dirige al decremento en la percepción del dolor) se observa en situaciones experimentales donde el sujeto sabe que la sensación de dolor es percibida por un breve espacio de tiempo y que solo tiene que hacer una señal para que se elimine el estímulo si se vuelve intolerable.

Pero esto no ocurre en el caso del dolor crónico. En esta situación, la ansiedad inicial asociada con la experiencia del dolor persiste y con el tiempo puede involucrar sentimientos de desesperanza y empeoramiento conforme persiste el dolor a pesar de los intentos del sistema de salud para aliviarlo. Sin alivio en su dolor, el paciente comienza a sentirse fatigado por el constante dolor y comienza a dormir solo pequeños espacios de tiempo. Además se siente desesperado y frustrado y no le ve el fin a su sufrimiento. Con el tiempo, el paciente comienza a sentirse furioso y desesperado contra el sistema de salud o con sus familiares inmediatos puesto que no son capaces de aliviar su sufrimiento. En este momento, los médicos comienzan a sugerir, en su ignorancia del problema, que el paciente tiene

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

problemas psicológicos que le provocan el dolor. Esto crea resentimiento en los familiares y en el paciente, pues los dos se sienten desesperados de la situación a la que no se le ve el fin. Aquí se observa que el problema del dolor no es el único al que se enfrenta tanto el paciente como sus familiares inmediatos. El problema va más allá de esto y se convierte en parte en un problema de interacción entre el paciente, los familiares, el sistema de salud y el paciente mismo. De esta manera, podemos ver la importancia de la intervención del psicólogo en este tipo de problemas.

De hecho, investigaciones realizadas (Shealy y Maurer, 1974), demuestran que la estimulación transcutánea como método de tratamiento del dolor tiene un 80% de éxito en el caso del dolor de tipo agudo, pero solo del 25% en el caso del dolor crónico.

Cuando el problema de dolor es agudo, generalmente el ataque puntual tanto del dolor como de la causa de él no causa problemas mayores. Pero en el caso del dolor crónico, las cosas cambian debido a que con el tiempo las condiciones sociales, familiares y psicológicas de la situación van cambiando empeorando las cosas. La distinción del tipo

de dolor que un paciente tiene es muy importante en su intervención por parte del psicólogo. Éste tiene un gran campo de trabajo en el caso del dolor de tipo crónico.

### Dolor Psicogénico.

Como ya se mencionó, cuando un paciente no mejora en su enfermedad y su dolor, los médicos comienzan a sugerirle a la familia que éste “manipula” la situación con la finalidad de llamar la atención o de obtener ganancias secundarias. En realidad la medicina no ha logrado solucionarle un problema que se le presenta y que va empeorando y estancándose con el tiempo. La frase “dolor psicogénico” se usa en una variedad de formas con poco acuerdo entre los profesionales, quienes no logran establecer un acuerdo para el uso de dicha etiqueta. En un amplio sentido, esta etiqueta se usa en un intento por identificar a paciente cuyas quejas de dolor o cuya “conducta de dolor” discrepa de las mediciones tomadas en relación a las sensaciones fisiológicas y los probables estímulos nociceptivos existentes en el paciente. Por ejemplo, un paciente que se queja de dolor en el cuello y al que se le han realizado extensos estudios radiológicos que

muestran que no existe ningún daño de tipo fisiológico. Se dice que el paciente está "exagerando" su reporte de dolor. Aquí hay una discrepancia entre las mediciones encontradas y el dolor reportado por el paciente. Generalmente se le da más confianza a las mediciones tomadas, y el término dolor psicogénico es aplicado como una etiqueta, pero no da la explicación del problema del paciente.

Fordyce y Steger (1979) mencionan que el dolor psicogénico también puede darse bajo tres tipos de situaciones:

1. Durante experiencias de alucinaciones en esquizofrénicos.
2. Debido a tensión muscular causado por factores psicológicos como miedo obsesivo .
3. En la histeria de conversión.

Pero al utilizar el término de dolor psicogénico, surgen problemas de tipo filosófico al evocar problemas entre la mente y el cuerpo. Es decir que se convierte en un problema tautológico porque se describe y etiqueta al fenómeno, pero de ninguna manera se le explica. Se convierte entonces en

una explicación circular donde la etiqueta explica supuestamente el fenómeno. Para los familiares del paciente, entonces, la explicación está en o una enfermedad mental o en una mala intención de éste. Cualquiera que sea la explicación, el problema no solo no se resuelve, sino que se complica.

Sternbach y Fordyce (1975), concluyen con lo siguiente: "la esencia del problema está en asumir que hay eventos reales mentales y físicos que pueden y de hecho, interactúan. Así, simplemente hay fenómenos que describimos en lenguaje físico o en lenguaje mental; nos engañamos a nosotros mismos a creer que debido a que podemos imponer tanto conceptos físicos como mentales sobre una abstracción como "dolor", que de hecho, dicha secuencia causativa existe" (pág. 122). Finalmente lo que tenemos es el reporte de dolor del paciente.

Desde la perspectiva conductual, otro problema es considerar a los fenómenos como "enfermedades". Ya vimos que en el caso del dolor de tipo crónico, el paciente no mejora a pesar de que se atacan los aspectos de daño tisular. Como pudimos ver en el análisis de las teorías sobre



*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

el dolor, aún cuando el nervio es seccionado para que se corte la comunicación neuronal entre el estímulo y su percepción, sigue predominando el problema del dolor. Cuando el médico decide que el dolor del paciente es de tipo psicogénico, entonces solicita la intervención psiquiátrica como una forma de afrontar el problema. Se supone entonces que el paciente tiene algún tipo de enfermedad "emocional" que provoca el dolor. Algún mecanismo psicológico subyacente que puede ser consciente o inconsciente está provocando problemas que hacen que el paciente siga reportando de forma exagerada el problema. Por lo tanto, es necesario atacar la "enfermedad emocional" con la finalidad de que, una vez solucionada, el paciente no tenga porqué seguir reportando dolor.

Desde la perspectiva conductual, esto no funciona porque lo que se encuentra mal no es lo subyacente, sino que el problema se encuentra en las interacciones del sujeto con el ambiente.

### **3.1.1 CONDUCTA OPERANTE Y CONDUCTA RESPONDIENTE.**

El dolor puede verse como un comportamiento. Pero es necesario aclarar que la conducta de dolor puede ser vista desde una perspectiva operante en algunas ocasiones y desde una respondiente desde otras. En el modelo respondiente, un estímulo incondicionado provoca de una manera inmediata una respuesta incondicionada. Por ejemplo, si voy caminando y al cerrar la puerta aplasto uno de los dedos de la mano, entonces provocho un dolor inmediato que provoca una serie de gestos, lágrimas, reporte del dolor. Este tipo de dolor es más bien de tipo respondiente.

Sin embargo, si en el momento en el que me aplasto un dedo logro hacer que mi esposa deje de gritar y pelear y de alguna manera el hecho de quejarme o de provocarme un ligero accidente, de manera consistente logra que mi esposa deje de pelear, entonces, se puede observar que este tipo de conducta tiene, de manera contingente y sostenida una serie de consecuencias que modifican la probabilidad de aparición de este comportamiento de dolor. Aquí podemos pensar más bien en una conducta de dolor que puede ser vista bajo el modelo operante.

Es evidente que siempre estamos interactuando con el ambiente y que lo que nos ocurre tiene una serie de consecuencias en el ambiente. Por lo tanto, se puede afirmar que cualquier problema de salud que involucre o no un reporte de dolor tiene algún tipo de consecuencia. Pero para que se logre un condicionamiento de tipo operante, es necesario que exista una relación continua y sostenida entre la conducta y la consecuencia. Una vez establecida la relación, con el tiempo no necesariamente tiene que darse de uno a uno. Bien puede establecerse una especie de programa intermitente tal como razón fija, intervalo variable, etcétera.

El pensar si este tipo de relaciones establecidas es consciente o no, desde la perspectiva conductual no tiene la menor importancia. Lo que realmente importa es la relación establecida y los resultados encontrados. Por lo tanto, para el cambio, es necesario el cambio en las consecuencias.

### **3.1.2 CONDICIONAMIENTO DE LA CONDUCTA DE DOLOR.**

Una vez establecida la relación entre la conducta de dolor y las consecuencias, el concepto se puede ampliar, ya que no solo se condiciona la conducta directa de dolor, sino también otro tipo de comportamientos que se encuentran alrededor. Por ejemplo, en el caso del dolor crónico, el sujeto no solo reporta dolor, sino también depresión, desesperación, enojo, etcétera. Estas conductas también se condicionan y se convierten en un complejo de conductas que se dan ante determinadas situaciones. Las conductas alternativas a las de dolor, por incompatibilidad son castigadas o extinguidas. Por lo tanto, el sujeto deja de ejecutarlas. El comportamiento de reportar "sentirse bien", de trabajar normalmente, de llevar a cabo su rutina normal, deja de darse debido a que por incompatibilidad es imposible que se den.

### **3.1.3 FORMAS DE REFORZAMIENTO POSITIVO DE LA CONDUCTA DEL DOLOR.**

Para que se de determinada conducta, es necesario que ésta conducta sea reforzada de manera consistente. En el caso de la conducta del dolor, encuentra su reforzamiento en varias fuentes. Cada una de ellas se va construyendo poco a poco con el paso del tiempo. Por ejemplo, la primera que mencionaremos será la atención. Cuando una persona se encuentra enferma, generalmente se le presta más atención que cuando se encuentra sana. Pero debemos de pensar que existe un paso para que la atención se convierta en reforzamiento positivo para la conducta de dolor. Recordemos la diferencia que existe entre el dolor crónico y el agudo. Todos los dolores crónicos comienzan como agudos y en ese momento las condiciones de atención son positivas porque generalmente hacen que el dolor se termine debido a la adecuada intervención. Pero cuando el dolor se comienza a hacer crónico y la persona enferma no tiene otras fuentes de reforzamiento social, comienza a sacarle ventaja a una situación desventajosa. Con esto no queremos decir que este tipo de personas piensan de manera premeditada y malvada la situación, sino que es más bien una condición humana el adaptarse a cualquier circunstancia que se

presente y el adaptarse implica comenzar a sacarle provecho a una situación que en principio se muestra desventajosa y molesta. En este sentido, al principio, es muy incómodo tener atención debido a que se está enfermo y con algún tipo de dolor. Pero si la situación se prolonga aparentemente por tiempo indefinido, entonces las condiciones de atención ya no se presentan como antes de la enfermedad. A esto hay que agregarle que tal vez el sujeto de por sí no tenía muchas habilidades para obtener atención y un dolor crónico hace que se le presente la ocasión propicia para obtenerla sin mucho esfuerzo.

Por otro lado, el contacto directo con el sistema de salud es otra fuente de reforzamiento. Generalmente este tipo de contacto es muy desagradable durante el dolor agudo, pero cuando éste se convierte crónico, dicho contacto se convierte en un reforzador positivo, a pesar de que la gente que se encuentra sana lo considere como muy aversivo debido a su burocracia, pérdida de tiempo y un trato que no siempre es amable. Con el tiempo se comienza a acostumbrar y a aprender a lidiar con el aparato de salud. Se conoce a la gente del aparato de salud, su forma de ser, sus gustos, sus

rutinas y la forma positiva de interactuar con esta clase de gente.

Otro reforzamiento directo que se presenta en el caso del dolor crónico son los medicamentos, que generalmente son narcóticos que generan dependencia y habituación. Con el dolor agudo no hay problema porque se presenta el dolor que es atacado por los narcóticos que hacen que el paciente se sienta bien y en un corto tiempo puede dejar de ingerirlos porque ya no tiene necesidad de ellos, ya que el problema ha desaparecido. Pero en el dolor crónico, se presenta un problema porque el dolor no desaparece y la persona requiere de la manifestación en diversos grados de la conducta de dolor para que se le prescriban narcóticos que le sirvan para paliar el dolor aunque sea solo de una manera a corto plazo. Fordyce y Steger (1979) afirman que su experiencia clínica demuestra que un gran número de pacientes con dolor crónico, virtualmente cesan de dar evidencia de algún tipo de problemas de dolor cuando se les ayuda a desintoxicarse y abandonar sus hábitos de medicación.

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

Cuando un paciente se convierte en crónico, generalmente se le paga una pensión por parte del sistema de seguridad social. Aunque ésta suma es relativamente baja, el dinero que recibe sin hacer nada se convierte en otro más de los reforzadores de la conducta de dolor. El sujeto termina por acostumbrarse y aceptar la pensión que recibe pues se siente, con el tiempo, incapaz de regresar a una vida productiva como lo había hecho antes.

Una consecuencia más que resulta como reforzamiento positivo de la conducta de dolor es el descanso. Cuando se trata de un dolor agudo, el descanso es muy positivo porque alivia la situación, pero cuando se convierte en crónico, el incremento en el confort refuerza positivamente la conducta de descansar, incrementando las oportunidades de que ocurra en el futuro. Éste método de condicionamiento de la conducta del dolor parece particularmente importante y prevalente. Cuando el dolor persiste y llega a ser crónico, las propiedades terapéuticas del descanso, en términos de minimizar el daño corporal, casi siempre se eliminan.

Es necesario también tomar en cuenta los mecanismos de reforzamiento indirecto. Aquí si hablamos de ganancias



secundarias que se van dando con el paso del tiempo. Por ejemplo, cuando el sujeto no tiene la habilidad para interactuar de manera positiva con un jefe arbitrario. El hecho de que se encuentre en la casa debido a su problema de dolor, puede hacer que evite la situación laboral desagradable. Es decir, que un problema que es agudo, se puede convertir en crónico cuando el sujeto no tiene la habilidad para afrontar la vida normal y si se le presenta un problema de enfermedad puede provocar que se convierta en crónico debido a que, con todo y las inconveniencias que representa, es más positivo que la situación normal.

Para terminar con este tipo de mecanismos operantes que generan la conducta de dolor, debemos de mencionar al modelamiento. Este mecanismo se puede dar con nuestro conocimiento o sin él. Sabemos que el contexto social influye de una manera considerable nuestro comportamiento. Si en el hospital o clínica donde asiste el paciente, tienen un estilo particular, los demás pacientes, de demostrar su conducta de dolor, entonces éste puede aprenderlo de una manera casi automática. Esta influencia sugestiva es muy clara en los estudios sobre hipnosis. Generalmente nos comportamos de la manera esperada. Si vemos o sabemos que determinado

problema es muy doloroso, cuando se padece, es muy probable que se den muestras del mismo grado de dolor percibido. La enfermedad es una construcción social. La sociedad espera cierto tipo de comportamientos de la persona etiquetada como enfermo y el sujeto los ejecuta. Aprende este tipo de comportamiento de una manera implícita e informal y en la gran mayoría de las ocasiones de manera inconsciente.

Como podemos ver, la aproximación conductual toma en cuenta todos los mecanismos operantes de aprendizaje, principalmente el reforzamiento, la discriminación y la evitación.

### **3.1.4 TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA CONDUCTA DEL DOLOR.**

Una vez hechas estas consideraciones acerca de la manera en que puede aprenderse la conducta de dolor, podemos pasar a lo que es el tratamiento. Sin embargo debemos de tomar en cuenta primero la evaluación. En el trabajo de Fordyce (1976), se hace una estricta selección de los sujetos,

ya que no todos son candidatos al tratamiento conductual. Para ello, necesita hacerse un análisis conductual de la situación del paciente. Determinar una serie de parámetros que son necesarios para diseñar un tratamiento. Si se cumple con las siguientes condiciones, se puede intervenir:

1. La evaluación médica fracasa en revelar resultados físicos que demuestren el fundamento de la conducta del dolor.
2. Hay resultados físicos, pero son desproporcionadamente pequeños en comparación a la severidad de las conductas de dolor observadas.
3. Los resultados físicos son especulativos o inferidos.

El propósito principal de la evaluación conductual es examinar el grado en el que la conducta de dolor del paciente está controlada por las contingencias ambientales. Aún en las situaciones en donde la relación entre la conducta de dolor y las consecuencias reforzantes parecen fuertes, mucho del dolor puede ser controlados en un grado significativo por variables fisiológicas.

Se recomienda que el entrevistador tenga en cuenta que cuando el paciente llega al consultorio psicológico, es porque

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

se la ha dicho al paciente que su dolor es psicogénico que está en su cabeza. Por lo tanto es necesario tomar una actitud de comprensión hacia el paciente. Además se necesita tomar en cuenta los siguientes puntos que aclaran la situación:

1. El dolor no debe de considerarse como real o como no real, sino como una experiencia que se siente cuando hay daño. La evaluación asume que es real que se busca identificar los factores que lo influncian.

2. El dolor, como la mayoría de las demás funciones y procesos corporales, está sujeta al condicionamiento y aprendizaje. Los problemas de dolor se originan como resultado de daño tisular, pero pueden mantenerse a través del condicionamiento.

3. Los efectos del aprendizaje y del condicionamiento son automáticos y no son dependientes de los factores emocionales o de personalidad.

4. Si hay una cantidad significativa de dolor aprendido o condicionado, el paciente puede sufrir más de lo necesario y usualmente algo se puede hacer para combatirlo.

### Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

La evaluación necesita identificar la relación entre la conducta del paciente (p. ejem. expresiones de dolor y limitaciones conductuales relacionadas con el dolor) y los eventos ambientales o consecuencias que resultan de esta actividad o inactividad. Los datos obtenidos directamente por el paciente son muy útiles, pero también se puede obtener mucha información adicional por parte de la pareja del paciente. El matrimonio debe entrevistarse tanto juntos como cada quien por su lado con la finalidad de analizar las diversas perspectivas. Con estas recomendaciones generales, la evaluación determina las siguientes condiciones. Éstas son factores muy importantes dentro del análisis conductual de la situación porque determinan el tratamiento posterior.

#### Patrón de Tiempo.

Analizar si el dolor ocurre esporádicamente en intervalos variables sin ningún alivio y es seguido por intervalos extendidos de dolor mínimo en un patrón que es relativamente estable. Es decir, determinar los tiempos en los

cuales el dolor se presenta. Por ejemplo, una persona que solo tiene dolor durante el día durante las horas laborables, pero en la noche, de mañana y en la tarde no siente dolor. Fordyce (1976) afirma que la regla general es que entre más grande es el intervalo entre la cesación de la actividad física y el comienzo del dolor, es menos probable que el dolor tenga componentes operantes.

#### Identificación de las Conductas de Dolor.

Debe haber una identificación específica de los sonidos, gestos y lenguaje corporal que se usa para comunicar la experiencia del dolor. Una lista de las conductas verbales y no verbales que se emiten consistentemente para expresar dolor darán la base para un análisis adicional de los eventos antecedentes y consecuentes de la conducta del dolor.

#### Respuestas Ambientales a la Conducta del Dolor.

Es necesario especificar el reforzamiento directo e indirecto a la conducta del dolor como ya se mencionó en el

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

análisis hecho en párrafos anteriores. Se debe de hacer un escrutinio muy detallado y cuidadoso del tipo de contingencias que se encuentran alrededor de la conducta de dolor. Es decir, ¿Cuales son las consecuencias que tienen la conductas del dolor? ¿De qué manera se modifica el ambiente como resultado de la emisión de éstas conductas?

#### Activadores de Dolor

Determinar en la evaluación las actividades o situaciones que con alguna probabilidad exacerban las conductas de dolor. Es importante obtener descripciones conductuales exactas. Por ejemplo la respuesta "cualquier clase de movimiento" es insuficiente y se debe continuar las preguntas hasta que el paciente especifique, por ejemplo "con movimientos de la cintura, pero no del cuello". Estos movimientos que producen dolor deben entonces estar relacionados con las actividades significativas que están relacionadas con el problema del dolor.

### Eliminadores de Dolor.

Determinar cuales son las situaciones en las cuales no existe dolor, así como las actividades en las cuales no hay problema. Esto hace que estas actividades puedan ser utilizadas posteriormente en el tratamiento como reforzadores de conductas saludables.

### Cambios en el Nivel de Actividad como Resultado del Dolor.

El principal problema aquí es identificar cambios en los estilos de vida del paciente y de su pareja después del comienzo del dolor, obteniendo un cuadro de lo que ha ocurrido en sus rutinas a lo largo del matrimonio y que se modifican como resultado del problema de dolor. Es decir, por ejemplo, es posible que un paciente pueda sentir dolor después de estar sentado media hora en la oficina, pero que luego no sienta dolor al estar sentado dos horas en el cine. También es necesario analizar la actividad sexual, que, si resulta aversiva para el paciente, puede el dolor ser un excelente pretexto para no efectuar dicha actividad.



## TRATAMIENTO.

En el momento en el que se lleva a cabo el tratamiento, es necesario tomar en cuenta que se busca, entre otras cosas, la reducción de una excesiva utilización de conductas de cuidado de la salud, especialmente aquellas que tienen efectos iatrogénicos y el establecimiento y mantenimiento de patrones de conducta sana. El establecer o restablecer conducta sana se basa en tres suposiciones: a) la antítesis de "enfermedad" (en este caso la conducta de dolor) no es inevitablemente la salud o la conducta sana; la reducción de una no sigue automáticamente en el aumento de la otra; b) la gente que ha estado enferma por un largo periodo de tiempo frecuentemente tiene una habilidad deficiente en estar bien. Si no se remedian los obstáculos para que se ejecute la conducta sana, las personas quedan en un estado muy vulnerable y podrán recaer con frecuencia y c) la gente que tiene algo mejor que hacer es menos propensa a sentirse mal.

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

El tratamiento consiste en una serie de técnicas conductuales en las cuales se hospitaliza al paciente. Todo el personal del hospital se encuentra entrenado en técnicas de modificación de conducta. Al decir todo el personal, se quiere decir que todos se involucren en el entrenamiento, desde la persona del aseo hasta los médicos que atienden al paciente. Una vez que el paciente se hospitaliza, se trabaja concomitantemente con las personas cercanas a él, tales como la esposa, todos los familiares y en ocasiones se trabaja hasta con las personas de su empleo. Esto permite que posteriormente haya una generalización del tratamiento realizado en el hospital.

A partir del análisis realizado al paciente, se llevan a cabo las siguientes estrategias de intervención:

1. Manejo de contingencias. Se ignora la conducta de dolor del paciente. Las quejas, el llanto, son ignorados. Se refuerza la conducta de sentirse mejor por parte del paciente. Si éste dice sentirse un poco mejor, se le da atención.

2. Manejo del medicamento. De inicio se le sigue dando el medicamento prescrito por los médicos. Pero poco a poco

se le comienzan a retirar. De tal forma que al paso de los días, solo toma un mínimo de medicamentos para el dolor.

3. Actividades y ejercicios. Se comienza con un plan de actividades y ejercicios de acuerdo con su tipo de dolor. Los ejercicios son caminar, bicicleta, y movimientos de gimnasia. Se hace un registro exacto de la cantidad de ejercicio realizada.

4. Incremento de la conducta sana. Se entrena al paciente para que comience a ejecutar conducta sana que incluye comenzar a realizar algunas actividades que normalmente ejecuta en su trabajo. Además de conductas tales como comer bien y de una forma balanceada.

De cada una de las actividades se hacen registros conductuales para llevar un registro exacto, además de observar los avances en el tratamiento.

### **3.2 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

A diferencia del tratamiento conductual que requiere la inversión de una hospitalización y el entrenamiento general de una gran cantidad de personas, el tratamiento conductual incluye generalmente de una serie de técnicas puntuales. Es necesario agregar que algunas de las técnicas cognitivo conductuales se utilizan dentro de los tratamientos conductuales. Las técnicas de intervención que se utilizan son las siguientes: relajación progresiva, inoculación de stress, hipnosis, imaginación dirigida, Terapia Racional Emotiva. En este caso, se describirán las más importantes que son la inoculación de stress, la relajación y la hipnosis.

#### **3.2.1 INOCULACIÓN DE STRESS.**

Esta técnica fue desarrollada por Meichenbaum a mediados de los setenta. El principio conceptual de esta técnica consiste en la idea de que cuando ingresa un agente biológico a organismo, éste pone en acción a todo su sistema inmunológico. Si el organismo tiene dentro de su repertorio los anticuerpos específicos de la bacteria u microorganismo

que lo ataca, entonces no tendrá problema en afrontar la situación y podrá combatir en forma eficaz la enfermedad. Cuando se desea que el organismo genere anticuerpos para una enfermedad, si le inoculara una parte de ese microorganismo. De esta manera, el sistema inmunológico se refuerza con la generación de dichos anticuerpos.

De la misma manera, en el sentido psicológico, podemos presentar una serie de situaciones que hagan que el sistema psicológico del individuo (entiéndase las habilidades que posee) generan habilidades de afrontamiento hacia ese evento en particular. De otra manera, si el sujeto no posee la habilidad, no podrá afrontar la situación de una manera eficaz.

La inoculación de stress involucra tres fases: la de instrucción en la cual se le instruye al sujeto con un marco conceptual que le permita tener una idea más o menos clara de la forma en que funciona el problema, además de que se le instruye en la serie de técnicas que puede utilizar para afrontar el problema.

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

La siguiente fase consiste en el entrenamiento. Por medio de la imaginación el sujeto lleva a cabo la técnica que se le enseñó.

La tercera fase consiste en la aplicación de las habilidades de afrontamiento aprendidas por parte del sujeto.

Esta técnica involucra el uso de las autoverbalizaciones como una forma de entrenar al sujeto a autodirigirse y autoinstruirse. La idea es retomada a partir del trabajo de Vigotsky acerca de la forma en la que los niños aprenden la conducta verbal y la autodirección. En primera instancia, el niño es instruido por un adulto, quien le indica la forma en la que debe de ejecutar la tarea, así como el manejo de la situación. Posteriormente el niño, en voz alta, se instruye para ejecutar la tarea. Después el niño se autodirige, pero ahora con autoverbalizaciones infravocales. Por último, la tarea es sobreaprendida y el niño puede ejecutar la tarea en forma "automática". Esta aproximación es muy interesante porque es la misma que retoma Albert Ellis para explicar la forma en la que adquirimos las ideas irracionales. Entonces, la idea es la de hacer consciente las autoverbalizaciones que el paciente va ejecutando.

Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

Para el caso del dolor, se han intentado una serie de técnicas tales como relajación, distracción, atención concentrada. Un ejemplo de autoverbalizaciones es como sigue:

Preparar la Estrategia de Afrontamiento	Identificar la situación	Afrontar la situación	Una vez obtenido el resultado, autoreforzarse o afrontar la frustración
-Puedo afrontar la situación de dolor. -Puedo hacer lo que el Psicólogo me enseñó.	-Ahora está surgiendo la situación. Es el momento para poner en práctica lo que me enseñó el psicólogo.	-Con calma. Ya se que al principio la cosa es difícil, pero sé que puedo. Veamos, ¿qué es lo que tengo que hacer primero? Eso es, ahora el siguiente paso.	-Lo conseguí. Bien por mi.  -No fue posible. Tengo que analizar lo que ocurrió para mejorar. No siempre se puede a la primera.

Estos no son sino ejemplos de lo que se tiene que construir con el paciente. Se deben de cubrir las tres fases

señaladas con mucha precaución y con la certeza de que el paciente tiene la habilidad antes de pasar a la siguiente fase.

### **3.2.2 RELAJACIÓN.**

Esta técnica es considerada como la aspirina conductual, ya que es una técnica que da excelentes resultados y es buena para casi todo. La técnica fue desarrollada originalmente por Edmund Jacobson a principios de siglo y retomada posteriormente por Wolpe para aplicarla durante su desensibilización sistemática. Consiste básicamente en el entrenamiento en la tensión de un grupo de músculos para después relajarlos y hacer que el paciente ponga atención a sus músculos para lograr una relajación profunda. La técnica es ampliamente explicada en una serie de textos especializados (Wolpe, 1979; Jacobson 1975).



### **3.2.3 HIPNOSIS.**

Esta técnica solo se ha incorporado al repertorio de los psicólogos cognitivos-conductuales de manera reciente. Se parece en algo a la relajación, pero los principios son diferentes. Se parte de la idea de que imaginación es más fuerte que la voluntad y la exacerbación de los poderes de sugestión del psicoterapeuta. La técnica ritualística consiste en que el paciente fije su atención visual a un solo punto hasta lograr que cierre los ojos. Posteriormente se ejecutan una serie de técnicas de profundización del trance hipnótico hasta lograr una profundización media. Una vez conseguida, se le hacen al paciente una serie de sugerencias acerca del control que puede tener sobre su dolor o se le sugieren cambios corporales que le permiten disminuir su dolor. Estos cambios corporales consisten en que relaje su cuerpo, que enfríe o caliente cierta zona de su cuerpo, que se imagine que puede llevar a cabo su vida en forma normal

### **3.3 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR.**

Como pudimos ver a lo largo del presente capítulo, las técnicas que los psicólogos han desarrollado para trabajar con los problemas del dolor son variados. Pero todos han sido probados en una variedad de situaciones probando su efectividad. Se parte del principio de que la conducta del dolor es aprendida. Lo que no es aprendido es la serie de sensaciones que el equipo biológico con el que nacimos nos proporciona. Pero la forma en la que calificamos y reaccionamos ante un determinado estímulo si es aprendida. En toda enfermedad existen elementos de tipo psicológico. Pero cuando el problema es de tipo agudo, generalmente no hay mucho problema porque las situaciones prostéticas que se imponen generalmente son solo por un tiempo relativamente corto. Pero cuando la situación de enfermedad y dolor se prolonga, entonces el individuo, cuando no tiene muchas habilidades dentro de su repertorio, termina por sacarle provecho a la situación inicialmente desventajosa. Es ocioso el preguntarnos si el sujeto es consciente o no de esta situación. El caso es que ésta se encuentra dentro del ambiente y el repertorio del sujeto. Surgen relaciones que no permiten sacar al individuo y a su familia de un círculo vicioso

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

que tiene un costo emocional muy alto por lo que es necesario la intervención de un profesional en la conducta.

De esta manera, una vez entendidas algunas técnicas cognitivas conductuales para el manejo del dolor, podemos pasar ahora a la revisión de lo último que hay en las revistas especializadas en la atención psicológica del dolor.

## **CAPÍTULO 4**

### **EL DOLOR: PANORAMA ACTUAL**

## **CAPÍTULO 4: EL DOLOR: PANORAMA ACTUAL**

El dolor analizado desde el punto de vista psicológico es algo muy nuevo. Si tomamos en cuenta que la teoría de Melzack y Wall fue publicada apenas en 1965, entonces apenas distan 30 años desde entonces. De hecho, la labor del psicólogo como psicoterapeuta es algo muy nuevo. Por lo menos en México, antes de que se inaugurara la Facultad de Psicología a principios de los setenta, el psicólogo no era más que un aplacador de pruebas, sin muchas posibilidades de intervención dentro del campo de la salud. Sin embargo las cosas han cambiado mucho desde entonces. La psicología como profesión ha crecido muchísimo ampliando sus miras hacia distintos horizontes.

En el campo de la salud su trabajo se ha enfocado de tal manera que surge el término psicología conductual con distintas aplicaciones en la preparación de pacientes para operaciones quirúrgicas, preparación de pacientes para aplicación de quimioterapia en el caso del cáncer, atención psicológica a pacientes con enfermedades terminales,

modificación de estilos de comportamiento para una vida más sana, estudios sobre adherencia a los tratamientos médicos, y por supuesto, atención a pacientes con distintos tipos de dolor.

Para efectos del presente trabajo, se hizo una revisión bibliográfica de 1990 a lo que se encontró más actual dentro de la biblioteca de la ENEPI. Se buscó en la revistas especializadas todo lo que había en la atención psicológica a problemas de dolor.

Para iniciar la presentación de los artículos, se comenzará con cuestiones generales acerca de las consideraciones psicológicas del dolor, posteriormente se tratarán las distintas aplicaciones psicológicas a los diferentes problemas tales como dolor crónico, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolores osteoartíticos y problemas de dolor en pacientes con cáncer.

#### **4.1 LA PSICOLOGÍA Y SU APROXIMACIÓN AL DOLOR.**

A partir de los trabajos tanto teóricos como aplicados de Melzack, se dio la pauta para la intervención del psicólogo dentro del problema del dolor. En el momento en el que se legitima con una teoría prestigiosa la gran influencia de los factores psicológicos en la percepción del dolor, el trabajo en el campo se desarrolló de una manera tremenda. Pero el primer problema al que nos enfrentamos es a lo que definimos como dolor. En el capítulo anterior vimos que Fordyce define al dolor en términos conductuales, es decir, como un comportamiento, haciendo un poco de lado los procesos sensoriales, motivacionales y emocionales. Por lo que comenzaremos hablando acerca de la definición del dolor desde diferentes perspectivas para después hablar del problema de la definición y luego pasar a la revisión bibliográfica acerca de los problemas del dolor.

#### **4.1.1 DEFINICIÓN DEL DOLOR.**

La medición del dolor ha sido uno de los problemas más importantes con los que se ha enfrentado la investigación, si o se tiene una forma adecuada de medir un fenómeno, la investigación científica se ve seriamente obstaculizada en cuanto al estudio de este fenómeno.

Como casi todos los problemas en psicología, no existe un criterio básico a partir del cual se parta para hacer las definiciones sobre el dolor. Según Weisenberg (1977), el dolor "en algunos aspectos es una sensación y en otras es un fenómeno motivacional-emocional que dirige a la conducta de escape y evitación" (pág. 1009). El dolor tiene varios ángulos desde los cuales puede considerarse y esto hace que las definiciones se hagan, en ocasiones desde un punto de vista y en ocasiones desde otro; resultando esto en una gran diversidad de definiciones si aparente orden o relación.

Para Weisenberg (1977) la definición más acertada es la siguiente: "(1) el dolor es una sensación privada y personal de daño; (2) un estímulo dañino que significa un daño de tejido actual o inminente; (3) un patrón de respuestas que operan para proteger el organismo de daño" (Sternbach, 1974; pág. 12). Esta definición cubre, de manera general, todos los aspectos del dolor; sin embargo, existen definiciones que solo tocan un aspecto de la conducta del dolor. Es así, que hay definiciones que solo toman en cuenta el aspecto verbal (por ejemplo, expresiones de dolor como ya vimos en el capítulo anterior); y fisiológico (por ejemplo,



respuestas de presión sanguínea, respuesta galvánica de la piel, etcétera). De esta manera, como observamos, el dolor es una conducta muy compleja y que ocasiones es posible medirla solo sobre un parámetro.

Pero tenemos que tomar en cuenta que el dolor es un comportamiento tan complejo, que es posible ser estudiado por diferentes especialistas dentro del complejo científico. Es estudiado por neurólogos, fisiólogos, psicólogos, etcétera. Dado esto, su atención ha tendido a ser interdisciplinaria en clínicas del dolor.

#### **4.1.2 MEDICIÓN DEL DOLOR.**

Beecher (1972), menciona que existen tres principales clases de reacción de dolor identificadas; a) reacciones esqueléticas musculares; b) reacciones del sistema nervioso autónomo y; c) procesamiento del estímulo original por el sistema nervioso central, que determinan la presencia o ausencia del dolor. Es de ésta manera que las mediciones hechas sobre el dolor toman como referencia uno o varios de los aspectos mencionados anteriormente. Se darán algunos



Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor

ejemplos de los intentos que se han realizado para medir el dolor.

Livingston (1953) utilizó, para medir el dolor, un aparato al que bautizó como dolorímetro. Consistía en un proyector que enfocaba el calor de una lámpara de 500 watts sobre una pequeña área de la piel. El calor de la lámpara podía ser controlado, al igual que el tamaño del área de la piel sobre la cual se proyectaba el calor de la lámpara, y de esta manera, medía el dolor controlando el calor y registrando la conducta verbal.

**IZT.**

Peca (1973), propone un método específico para medir la respuesta del dolor. A ésta técnica de medición, la llamó tymometría. Para esta técnica existen dos suposiciones básicas: "1) Cualquier sentimiento subjetivo tiene una dimensión de acuerdo; y 2) ésta dimensión de acuerdo se puede medir comparándola e igualándola a una dimensión de acuerdo conocida" (pág. 8). En base a ésta suposiciones, la técnica consiste en un audiómetro cuya frecuencia emite un ruido blanco que va de cero a 92 decibeles. Lo que el sujeto tiene que hacer, es, con los ojos cerrados, manipular la



intensidad hasta que encuentre una intensidad que iguale a la intensidad del dolor que siente.

Bonn (1972) mide el dolor de una manera semejante a la de Peca. Ésta técnica consiste en una línea recta de 100 mm. Un extremo de la recta representa la ausencia; mientras que el otro extremo representa el máximo dolor posible. Para medir el dolor, se le pide al sujeto que recorra la línea con un lápiz desde el extremo de no dolor hasta que quede igualada con el grado en que él siente el dolor. Posteriormente, se mide la línea trazada por el sujeto en milímetro y de esta manera, se obtiene una medida del dolor que sintió el sujeto.

Éste tipo de técnicas tratan de medir el dolor en cuanto a su aspecto cuantitativo. No obstante, existen técnicas que intentan medir el dolor tomando en cuenta las propiedades cualitativas del dolor como Melzack y Torneros (1971). Éstos autores categorizaron al dolor en 102 palabras que se encontraban divididas en tres categorías: a) Descripciones de la cualidad sensorial en términos de propiedades temporales, espaciales, termales, de presión, etcétera; b) descripciones de la cualidad efectiva en términos de propiedades como tensión, miedo o respuestas autónomas y; c) términos

evaluativos que describen la intensidad de la experiencia total. Se realizó un estudio para determinar el grado de acuerdo de la clasificación con 140 estudiantes. Las principales conclusiones fueron: "1) existen muchas palabras en el idioma inglés para describir el dolor; 2) hay un alto nivel de acuerdo de que las palabras caen en clases y subclases que representan dimensiones o propiedades del dolor; 3) porciones substanciales de palabras que tiene las mismas o aproximadamente las mismas posiciones relativas en una intensidad de escala común para gente con antecedentes ampliamente divergentes" (pág. 53).

Lo descrito anteriormente intenta medir el dolor en una forma relativamente sencilla. Sin embargo, existen técnicas mucho más complicadas que implican el uso de la computadora para su aplicación, como la propuesta por Clara (1974), llamada "teoría de la decisión sensorial" o de "detección de señales". Ésta técnica intenta discriminar entre el componente sensorial ( $d'$ ) y el criterio utilizado para juzgar al estímulo como doloroso ( $L_x$ ). De esta manera, aplicando la técnica de Clara, es posible saber si los efectos son sobre el componente sensorial básico o sobre el componente actitudinal-emocional del dolor.

El problema de la medición, como podemos ver, es muy complejo. Sin embargo, como psicólogos, podemos referirnos solo a un componente. Por ejemplo, IBÁÑEZ y VARGAS (1980) utilizaron, para medir el dolor por dismenorrea, el reporte verbal de las sujetos sobre una escala subjetiva de 0, que representaba ningún dolor, hasta 100, que representaba el máximo de dolor que el sujeto puede sentir. Además, registraron las actividades que se llevaban a cabo para observar la diferencia con respecto a cuando no tenían su ciclo menstrual y por lo tanto el dolor por dismenorrea. Ésta es la técnica más empleada, pero tiene un fundamento. Como psicólogos, no nos interesan los aspectos fisiológicos del fenómeno, sino solo los aspectos psicológicos. Por lo tanto, lo que finalmente nos interesa es que el sujeto reporte una baja sensación de dolor y que sus actividades no se vean obstaculizadas.

Podemos observar que la medición del dolor no es algo sencillo y siempre se encuentra lleno de obstáculos. A pesar de ello, siempre se hace el intento por continuar con los trabajos e investigaciones. La medición del dolor es algo que siempre estará en debate. Cualquier medición que se haga

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

adolecerá de algún defecto teórico o metodológico. Sin embargo, los psicólogos debemos de tener claro que lo que intentamos medir no es directamente la sensación del dolor, sino lo que el paciente reporta en su conducta verbal, lo cual determinará en gran medida lo que el paciente haga o deje de hacer, que es lo que finalmente nos importa en cuanto a tratamiento. Es por esto que el trabajo con dolor siempre debe de hacerse en unión con otros especialistas de la salud como los neurólogos, oncólogos, médicos, etcétera.

Ahora, una vez revisado el problema de la medición del dolor, pasemos a revisar los artículos que sobre el tema se encuentran en la literatura actual.

#### ***4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPECIALIZADA.***

Comenzaremos revisando el trabajo de Romano, Turren, Friedman, Bulcroft, Pensen y Hopos (1991), en el que plantean como marco teórico a la teoría cognitivo conductual que ya hemos revisado en capítulos anteriores de Fordyce. Estos autores plantean que, a pesar de la fuerza que tiene la metodología conductual en la medición de la conducta del

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

dolor, ésta tiene algunas limitaciones, de las que proponen básicamente tres: la primera es que los sistemas de muestreos de tiempo son adecuados para producir estimaciones totales de la frecuencia de conductas de dolor, pero no hacen un examen de los antecedentes y los consecuentes de la conducta del dolor. La segunda limitación es que de los sistemas de codificación de conductas de dolor, no se captura el rango tanto de las conductas verbales como de las no verbales. Y por último, la tercera limitación es que no existe un sistema de codificación de conductas de dolor que incluya medidas de la conducta abierta de la pareja, la cual es necesaria en estudios de relación entre las conductas del paciente y de la pareja. En el sentido de esta última limitante, estos investigadores plantean una propuesta de evaluación de la conducta del dolor y de su pareja.

Para ello, estudian dos grupos de parejas. La primera muestra de parejas con un miembro que tiene un problema de dolor crónico; y la segunda muestra de parejas con ninguno de sus miembros teniendo este tipo de problemas. Se utilizaron 50 parejas en este estudio.

Se utilizaron las siguientes medidas de observación:

**a) Evaluación observacional.**

Los datos de observación directa se colectaron grabando a las parejas ocupándose en una serie de actividades caseras rutinarias, limpiar el piso, cambiar las sábanas de la cama, envolviendo periódicos y llevando a cabo pequeños troncos para quemarse de un lado a otro del cuarto. Estas tareas se escogieron después de hacerse varios pilotos debido a que provocaban conductas de dolor en los pacientes con este problema, además de que le permitían a la pareja interactuar. Estas tareas se ejecutaban durante 20 minutos.

**b) Sistema de Codificación.**

Se utilizó el sistema de codificación llamado La Vida en Ambientes Familiares (con el acrónimo de LIFE en inglés), desarrollado por Hopos, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman y Osteen (1990). Originalmente este instrumento se desarrolló para el estudio de interacciones de mujeres deprimidas con parejas durante interacciones de solución de problemas.



Las categorías de codificación de conductas de dolor verbales y no verbales se escogieron para el estudio basados en las siguientes consideraciones: primero una revisión de la literatura; segundo, se condujo una prueba piloto de los procedimientos experimentales para identificar las conductas de dolor que con más probabilidad ocurrieran en las situaciones interaccionales propuestas y en las que podrían variar con la respuesta de la pareja; tercero, las consideraciones prácticas sugirieron la necesidad de limitar los códigos de la conducta del dolor a conductas verbales y no verbales, dada la complejidad que existía en el sistema LIFE.

**c) Códigos de categorías y reducción de datos.**

El sistema de códigos modificados consistió de 22 códigos de contenido verbal y ocho códigos de afecto no verbal. Éste último dependía de el tono de voz, expresiones faciales, gestos y postura corporal. Se definieron categorías en las que se combinaba el afecto y el contenido. Estas

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

categorías fueron seis: a) dolor no verbal; b) dolor verbal; c) atenciones; d) facilitativos; e) agresivos y; f) dificultades.

**d) Entrenamiento de observadores y anotación de los datos.**

Los observadores se reclutaron y se entrenaron en un programa especial utilizando una serie de ejercicios, presentaciones de libros y ejercicios de memoria, así como tareas en casa. Las interacciones se videograbaron y se codificaban utilizando microcomputadoras que permitían la entrada directa de la conducta en forma numérica en tiempo real.

**e) Medidas de autoreporte.**

Se utilizaron las siguientes medidas para ambos grupos: el Cuestionario de Dolor de McGill, el Índice de Calificación de Dolor, el Perfil de Impacto de Enfermedad, la Escala de Ajuste Diádica, una Escala de Depresión y un Inventario Multidimensional de Dolor. Todos estos instrumentos son estandarizados.

Después de la presentación de resultados, se apoya la validez y confiabilidad de la observación y codificación de las interacciones de dolor paciente-pareja. También los resultados apoyan la utilidad potencial de este sistema de prueba de hipótesis específica con respecto al modelo operante del dolor crónico.

Se encontraron relaciones más fuertes entre la conducta de dolor verbal y no verbal y la conducta de dolor auto-reportada, que la observada entre la conducta de dolor verbal y el Autoreporte de la conducta de dolor. Según los autores, esto indica una cercana correspondencia entre los tipos de conducta medidas por los códigos de conducta verbal y lo distorsionado del autoreporte del dolor.

#### **4.3 APROXIMACIONES TEÓRICAS SOBRE EL DOLOR**

Este estudio nos da una idea del tipo de investigación que se realiza en el área del dolor. Se están desarrollando códigos conductuales con la finalidad de hacer observaciones precisas en este campo de investigación.

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

Otra investigación en esta interesante área de la psicología es la de Novy, Nelson, Francis y Turk (1995), en la que evalúan de acuerdo a un análisis bibliográfico cuatro aproximaciones teóricas al dolor que ellos consideran restrictivas junto con otras cuatro aproximaciones teóricas que la consideran como comprensivas o que abarcan una mayor cantidad de elementos. Por supuesto que se deciden por las aproximaciones comprensivas.

Las aproximaciones que los autores consideran como restrictivas son: dualismo mente-cuerpo, la psicológica, la operante conductual radical y la cognitiva radical. Las aproximaciones consideradas como comprensivas son: la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, la teoría del control de entrada, la operante radical no conductual y la cognitiva conductual. A continuación se expondrán las razones que los autores proporcionan de cada una de estas aproximaciones teóricas.

#### **4.3.1 Dualismo mente-cuerpo.**

Esta aproximación ya ha sido presentada en este trabajo, pero para recordarla, pensamos que basta con decir que esta es la aproximación dualista de Descartes; la cual plantea que existe especificidad de receptores, de vías a través del sistema nervioso central y de un centro de recepción en el cerebro. Esta teoría fue apoyada por los trabajos de Muller y von Frey en el siglo XIX buscando estas estructuras específicas del dolor. Sabemos que existe cierta especificidad en los mecanismos neurales del dolor, pero la suposición de que la experiencia psicológica de cualquier sensación somoestésica, incluido el dolor, esta directamente relacionado a una dimensión de estímulo única y a un tipo de receptor dado (y que por lo tanto implica que la estimulación del receptor resulta solo en dolor y que la abstracción de la información ocurre enteramente al receptor y luego es transmitido directamente al cerebro) resulta muy problemático.

### **4.3.2 Aproximación psicológica.**

Esta perspectiva está incorporada en la perspectiva del dualismo mente-cuerpo en el sentido en que está alineada con un enfoque sobre las contribuciones psicológicas aisladas de los demás. Un ejemplo de esta aproximación afirma que una vez que la organización psicológica necesaria para el dolor, la experiencia de éste no requiere más que se provoque la estimulación periférica. Ampliando este punto de vista, esta aproximación sugiere que el dolor crónico probablemente sirve como un equivalente psicológico en familias donde los modelos de enfermedad están presentes y la familia no define el sufrimiento en términos psicológicos.

Dentro de esta misma perspectiva se incluye un "desorden con tendencia al dolor" caracterizado por la negación de problemas emocionales e interpersonales, inactividad, anhedonia, estado de ánimo deprimido, culpa, inhabilidad para entenderse con la furia y hostilidad, insomnio, deseos de afecto y dependencia, pérdida de iniciativa, una historia familiar de depresión, alcoholismo, y dolor crónico. Los individuos caracterizados de esta forma se

consideran homogéneos y diagnósticamente un grupo único, que podría ser considerado parte del "espectro depresivo".

Sien embargo, ésta perspectiva es considerada como circular y conceptualmente imperfecta en su razonamiento con una definición tautológica y sin tomar en cuenta el principio de parsimonia. Además no tienen los experimentos realizados en base a esta perspectiva el suficiente fundamento metodológico en cuanto a tamaño de la muestra, definición de variables etcétera.

#### **4.3.3 Aproximación operante-conductual radical.**

Esta aproximación afirma que el dolor es reconocido solo hasta donde pueda ser observado en sus manifestaciones abiertas, principalmente por las "conductas de dolor", esto es, las comunicaciones verbales y no verbales emitidas por el sujeto. Dichas conductas de dolor son susceptibles de contingencias de reforzamiento y moldeo. Se conjetura que el tiempo de dolor per se y cualquier fisiología sensorial llegan a ser irrelevantes porque las conductas de dolor pueden tener una vida en su propio derecho. Algunas aproximaciones

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

conductuales han incluido aspectos de tipo cognoscitivo y mental. De acuerdo a esta aproximación, los pensamientos son considerados como operantes cubiertas que están sujetas a las mismas leyes que las que se aplican para las operantes abiertas.

Esta aproximación se considera como restrictiva a pesar de los resultados alentadores de los tratamientos que se han hecho con este marco teórico. Un ejemplo de los resultados son los reportados por Fordyce y que ya se trataron en otro apartado de esta tesis. Sin embargo se considera restrictiva porque no toma en cuenta los múltiples factores que se encuentran involucrados en el dolor crónico. Por ejemplo, los afectivos, conductuales, cognitivos y físico-sensoriales.

#### **4.3.4 Aproximación cognitiva radical.**

Ésta aproximación ve al dolor como una experiencia sujeta al pensamiento racional y géneros relacionados de la actividad cognoscitiva tomando en cuenta a los filósofos estoicos. Se propone que los patrones específicos del pensamiento disfuncional se toman en cuenta para cada uno



*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

de los principales problemas de los pacientes con dolor crónico. Además se cree que la eficacia demostrada de diversas técnicas de tratamiento como condicionamiento operante, biofeedback, e intervenciones cognitivo conductuales ejercen sus efectos a través de un mecanismo común, cambiando principalmente la forma en que los pacientes con dolor crónico piensan acerca de su dolor. De acuerdo a esto, el dolor crónico resulta de una serie de eventos mentales que ocurren entre la nocicepción periférica y la respuesta conductual. El afecto se considera como un fenómeno postcognitivo que se eslabona cercanamente a los sistemas de procesamiento de la información.

El apoyo para la cognición como la faceta central en la experiencia de dolor crónico se deriva indirectamente del éxito de los tratamientos cognitivos que se enfocan en la reducción del exacerbamiento del dolor resultado de la preocupación somática, excitación física incrementada, y el descondicionamiento físico asociado con el miedo al daño o al dolor. Estos tratamientos enfatizan la función física incrementada y el decremento del sufrimiento psicológico cuando el dolor no puede ser eliminado en forma total. Estos

tratamientos no están diseñados para eliminar el componente sensorial de dolor en forma completa.

Estos autores no están de acuerdo con esta aproximación porque "La evidencia demuestra más complejidad que la sugerida por esta perspectiva llega de los resultados de tratamiento favorables de procedimientos basados neurofisiológicamente y de avances farmacológicos. Debido a que no es probable que el papel mediador de la cognición sea central en estos tratamientos, se puede inferir que la perspectiva cognitiva radical puede ser abiertamente simplista al sugerir que las cogniciones por si solas sean las responsables de la eficacia del tratamiento. Además, un número de mecanismos psicológicos y biológicos eslabonan al dolor crónico con la depresión. Esto, también sugiere una complejidad más allá de la visión de la perspectiva radical cognitiva" (pág. 241).

Las críticas que se le hacen a esta perspectiva parecen superficiales y sin tomar mucho en cuenta el conocimiento profundo de los planteamientos de la perspectiva cognitiva.

#### **4.4 PERSPECTIVAS COMPRENSIVAS.**

##### **4.4.1 Definición de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.**

De acuerdo a estos autores, la definición dada por esta asociación es bastante comprensiva y abarca lo siguiente: el dolor es una experiencia sensorial y emocional molesta asociada con el daño de tejido real o potencial o descrita en términos de dicho daño. Por experiencia emocional o psicológica se refiere al pensamiento en general incluyendo al afecto, la conducta y la cognición. Esta definición no puede en si como una teoría, sino como una definición que abarca diversas perspectivas y causas del dolor. Pero no da una explicación explícita para la interrelación de los físico-sensoriales o emocionales. Los autores afirman que esta es una aproximación comprensiva porque abarca varios aspectos, pero no dan un fundamento lógico para tal afirmación. Al parecer, lo que es ecléctico y toma en cuenta otros elementos es una aproximación comprensiva. Pero continuemos con la exposición de estos autores.

#### **4.4.2 Control de entrada.**

Esta teoría ya ha sido explicada en el capítulo anterior de este trabajo. Sabemos que incorpora los elementos de la teoría de la especificidad y del patrón tomando en cuenta una puerta fisiológica que se halla en las astas dorsales de la médula espinal que puede abrirse o cerrarse dependiendo de sus elementos de control entre los que están incluidos los aspectos de tipo cognoscitivo o vías descendentes del cerebro. De acuerdo a estos autores, esta es una aproximación comprensiva porque toma en cuenta las facetas afectivas, conductuales, cognoscitivas y físico-sensoriales como parte del sistema del dolor crónico. Sabemos que es una aproximación comprensiva y es la que hemos tomado en cuenta como guía para el presente trabajo, pero de esta teoría se deriva la entrada de la aproximación cognitivo-conductual al fenómeno del dolor.

#### **4.4.3 Operante conductual no radical.**

Se retoma una definición ofrecida por Merksey (1978): "El dolor es una experiencia incómoda que asociamos

principalmente con el daño de tejido o se describe en términos del daño de tejo o ambos, y la presencia de la cual se señala por alguna forma de conducta visible o audible." (Pág. 242, el subrayado es original). Éstas conductas de dolor sirven como operantes que están sujetas a la influencia de condiciones de consecuencias que están implicadas en el mantenimiento del sufrimiento e incapacidad de los pacientes con dolor crónico. El reconocimiento del sufrimiento abre la posibilidad a una diversidad de factores que involucran a las emociones, es decir al afecto, y a los pensamientos (cogniciones) que influyen en la experiencia del dolor en forma simultánea, consecutivamente o en interacción. Entonces, el sufrimiento es el problema que dirige hacia las conductas del dolor.

El determinismo recíproco es la explicación para la interrelación entre las diversas facetas relevantes en esta perspectiva. Sin embargo, lo implícito de la explicación deja abierta la posibilidad de que las interrelaciones entre los factores se puedan explicar por el hecho de que sean constituyentes de un constructo sin fundamento. Es necesaria una explicitación mayor para la red de interrelaciones de los factores relevantes, de tal forma que se

pueda probar empíricamente una explicación que prediga cosas.

Los autores de este artículo con lo que aparentemente no están de acuerdo es con las posiciones radicales para abordar el problema del dolor. Están más de acuerdo, como ya lo mencionamos, con una postura más ecléctica y flexible hacia el estudio de este fenómeno.

#### **4.4.4 Perspectiva Cognitivo-conductual.**

Esta postura ha sido desarrollada por autores como Mahoney, Ellis, Beck y Bandura. Esta aproximación aborda el problema proponiendo que los aspectos afectivos, conductuales, cognitivos y físico-sensoriales son importantes todos para el entendimiento de la experiencia del dolor crónico en pacientes. El modelo enfatiza el papel de las creencias del individuo sobre sí mismo y sobre los significados atribuidos a la variedad de aspectos de la experiencia del dolor. Estos autores afirman que el modelo cognitivo conductual es completamente interactivo y el sujeto

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

se encuentra continuamente evaluando e interpretando su experiencia para definirlo.

La perspectiva cognitivo-conductual sobre el manejo del dolor se enfoca a darle al paciente un enfoque con técnicas para tener sentido de control sobre los efectos del dolor sobre su vida, así como realmente modificar los aspectos afectivos, conductuales, cognitivos y físico-sensoriales. Se ha utilizado el modelamiento social para enseñar auto-afirmaciones de afrontamiento, solución de problemas y consecución de metas. Se ha utilizado relajación, imaginación, biofeedback e hipnosis para modificar el enfoque atencional, así como para darle al paciente un sentido cada vez mayor de maestría.

Un punto importante para la perspectiva cognitivo-conductual, al igual que las demás aproximaciones que los autores consideran como comprensivas (es decir, que colocan una red de un determinismo recíproco completo), y se requiere una especificación más estricta de algunas de las interrelaciones en la red comprensiva de factores interrelacionados. Aunque es científicamente concebible que todos los factores están recíprocamente determinados, no es posible adecuar un modelo sin al menos algunas piezas

adicionales de información. Ejemplos de dicha información son que dos factores pueden tener un impacto equivalente sobre otro factor puede tener un impacto más bien indirecto o indirecto sobre otro factor. En términos de una hipótesis que se pueda probar, el primer ejemplo puede traducirse en aspectos físico-sensoriales y cogniciones con igual impacto sobre el afecto. El segundo ejemplo puede ser que el afecto tiene un impacto indirecto sobre la conducta y la cognición y solo a través de aspectos físico-sensoriales.

Estos autores toman en cuenta, con razón, que una aproximación hacia la conducta del dolor no puede ser rígida ni se puede tomar en cuenta un solo elemento para abordarla. Nos parece que en esto tienen razón debido a la complejidad del problema, pero por otro lado, la revisión bibliográfica es insuficiente y da la apariencia de que desconocen en su totalidad todos los estudios que existen sobre el tema. A pesar de esto, los comentarios que se vierten son valiosos porque dan la pauta para la dirección de diferentes líneas de investigación.

Por otro lado, siguiendo con la revisión bibliográfica, con respecto a artículos que tratan el dolor desde una perspectiva



más teórica, Jensen y Karoly (1991) presentan un estudio en el que plantean que la importancia de los juicios de apreciación de los sujetos en a percepción del dolor. Ellos dicen que la eficacia de los juicios o evaluaciones de control (es decir, creencias de que se tiene la habilidad y recursos para manejar el dolor) han demostrado que están en relación positiva a los índices de funcionamiento psicológico adaptativo.

El objetivo de este estudio está planteado en los siguientes términos: "Intentamos aclarar el patrón complejo de relaciones entre las evaluaciones de control, esfuerzos de afrontamiento y ajusta al dolor crónico. Las creencias de control, esfuerzos de afrontamiento, severidad del dolor percibido y mediciones múltiples de ajuste se evaluaron en una muestra de pacientes con dolor crónico" (pág. 432).

Para conseguir esto, contactaron a una cantidad de pacientes con dolor crónico de los que solo 118 aceptaron ser entrevistados y evaluados. Las mediciones consistieron en al menos diez pruebas estandarizadas que medían, entre otras cosas lo siguiente: severidad del dolor, evaluaciones de control del dolor, afrontamiento, funcionamiento psicológico,

funcionamiento conductual/social, uso de recursos médicos y  
deseabilidad social.

Después de la presentación de resultados a través de una gran cantidad de recursos estadísticos, los autores afirman que demuestran que los conceptos importantes a los modelos actuales de stress y afrontamiento son bien traducidos a las poblaciones con dolor crónico. Específicamente, la importancia de las creencias del paciente en el control personal sobre el dolor y las estrategias que utilizan para manejar el dolor se relacionaron a su bienestar y nivel de actividad. En algunos casos, estas relaciones son directas y en otros variaron en función de la severidad del dolor. Es este sentido, los resultados de este estudio apoyan las teorías cognitivo-conductuales.

#### ***4.5 APLICACIONES DE TÉCNICAS PSICOLÓGICAS AL CONTROL DEL DOLOR.***

##### **4.5.1 Dolor de Cabeza.**

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

El dolor de cabeza ha sido un gran problema para una gran porción de la población. De acuerdo con los neurólogos, existe una serie de causas que pueden provocar el dolor de cabeza. Citando a Nava Segura (1974), afirma que "Por su sitio de origen las cefalalgias se dividen en nueve grandes grupos y son:

1. Por irritación de las meninges de la base del cerebro.
2. Por tracción de las meninges, que forman las paredes de los grandes senos venosos, la hoz del cerebro, tienda del cerebelo y diafragma de la silla turca.
3. Por mayor dilación o aumento de la presión interna dentro de los grandes vasos arteriales que forman y salen del polígono de Willis.
4. Por mayor pulsación de las arterias temporal superficial y menígea media (migraña).
5. Por defecto de refracción ocular.
6. Por enfermedad de los senos paranasales.
7. Por sufrimiento de los músculos, ligamentos y vértebras de la región cervical alta, así como por contracción sostenida de los músculos de la masticación.
8. Como síntoma de la epilepsia centroencefálica.
9. Por causas psicogénicas. " (pág. 304).

De las nueve causas citadas, solo podemos intervenir como psicólogos en la migraña y el dolor causado por causas psicogénicas. Sin embargo, la mayor parte de los dolores de cabeza se deben a estas dos causas.

Para comenzar con un tratamiento para el dolor de cabeza, es necesario decir que se requiere forzosamente de un reconocimiento médico completo que incluya a especialistas como el neurólogo. Una vez hecha esta evaluación, podemos intervenir. El dolor de cabeza, lo mismo que todos los fenómenos del dolor, es enigmático. En ocasiones el paciente puede resultar con un tumor en la base del cráneo y reportar solo un dolor de cabeza moderado, mientras que en ocasiones el paciente puede reportar fortísimos dolores de cabeza y anatómica y neurológicamente no tener nada visible a los más estrictos análisis médicos.

Los tratamientos para el dolor de cabeza, desde el punto de vista conductual son la relajación, la hipnosis, y el tratamiento cognitivo-conductual en el sentido de que el paciente maneje sus autoverbalizaciones. En este caso,

encontramos seis artículos sobre el tratamiento conductual de dolor de cabeza que se describen a continuación:

James, Thorn y Williams (1993) presentan un trabajo en el que evalúan la especificación de metas en la terapia cognitivo-conductual para el dolor de cabeza crónico. Plantean que a pesar de que la terapia cognitivo-conductual ha resultado eficaz en el tratamiento del dolor de cabeza, no se conoce bien el mecanismo por medio del cual trabaja, además de que funciona bien para algunas personas y para otras no. En este sentido, plantean que tal vez lo que ocurra es que existen diferencias individuales que no se han detectado lo que marca la diferencia, o tal vez existan parámetros del tratamiento cognitivo-conductual que no se han manipulado sistemáticamente para maximizar su eficacia. Por esto es que intentan refinar el tratamiento cognitivo-conductual para dolor de cabeza a través del examen de un parámetro único de tratamiento, la instauración de metas con base en el tiempo para el uso de las estrategias de afrontamiento.

Para hacer esto, se seleccionaron 33 pacientes que tuvieran migraña o dolor de cabeza tensional de acuerdo a

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

una evaluación preestablecida. Se utilizaron dos tipos de medidas dependientes: las derivadas de automonitoreo diario durante tres semanas antes y después del tratamiento y las medidas de cuestionarios de autoreporte administrados inmediatamente antes y después del tratamiento.

Las medidas de automonitoreo se midieron con una serie de instrumentos estandarizados que incluían registro diario de la intensidad del dolor y la ingestión de medicamentos. También se midió el tiempo de afrontamiento evaluando el tiempo diario promedio en que se practicaban y utilizaban las estrategias para afrontar estresores y el tiempo diario promedio ocupado en afrontar el dolor.

En cuanto al segundo tipo de medidas, se evaluó el distress psicológico, la incapacidad, la ansiedad y el afrontamiento adaptativo. Todo esto con instrumentos estandarizados.

El tratamiento consistió en sesiones semanales de 90 minutos. Cada sesión se dividía en tres segmentos. El primero se dedicaba a revisar y discutir el dolor registrado en la semana anterior. Después se ofrecía una serie de tópicos

didácticos en los que se discutía la naturaleza del dolor de cabeza crónico y la teoría del control de entrada, el papel de los estresores en la respuesta del dolor y la ventaja de las habilidades de afrontamiento contra los pensamientos catastróficos. La tercera parte se dedicaba a enseñarles a los pacientes habilidades de relajación muscular progresiva.

En cuanto a los resultados y su discusión, los autores mencionan que se había elaborado la hipótesis de que el dar específicas metas en tiempo para el afrontamiento mejoraría el tratamiento. Los resultados encontrados dan solo un apoyo parcial a esta hipótesis y sugieren que las metas para el uso del afrontamiento produce resultado. Los resultados de este estudio sugieren que las técnicas cognitivo-conductuales resultan en un uso mayor de las estrategias de afrontamiento. El dar metas de tiempo explícitas para el uso de estrategias de afrontamiento se asoció con un decremento en la intensidad del dolor y en la ingesta de medicamento después del tratamiento.

Este trabajo intenta deslindar de una manera fina los componentes de la técnica cognitivo-conductual dado que esta ya ha probado su eficacia. Sin embargo, las

evaluaciones son exclusivamente cuantitativas dado que la noción científica del fenómeno es positivista. Es decir, que evalúan en forma cuantitativa el fenómeno y no lo evalúan desde la perspectiva del sujeto de una manera cualitativa, pero este problema lo discutiremos con detenimiento más adelante.

Por otro lado, Murphy, Lehrer y Jurish (1990) presentan un estudio en el que intentan comparar la relajación con la terapia cognitiva. Para ello utilizan a 27 sujetos que fueron asignados azarosamente al grupo de terapia cognitiva (14) y al entrenamiento en relajación (13). El entrenamiento en habilidades cognitivas se dirigió a identificar y modificar las respuestas de afrontamiento desadaptadas a las situaciones percibidas por los sujetos con de sufrimiento y estresantes. El entrenamiento en relajación se dirigió a la identificación y modificación de la tensión muscular en varios grupos musculares.

Los resultados muestran que los dos tipos de tratamiento fueron efectivos en la reducción del dolor de cabeza, siendo mayor la eficacia de la técnica cognitivo-conductual.



*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

En una evaluación de la importancia del stress como disparador de migrañas, Köhler y Haimerl (1990) realizan un estudio en el que durante un periodo de seis meses evaluaron si los ataques de migraña eran precedidos por días con stress. Utilizaron 13 pacientes que llenaron un cuestionario diario en el cual evaluaban el stress. Se observó si el dolor de cabeza era precedido por uno o dos o tres días después de un día estresante. Los resultados indicaron que los ataques de migraña se presentaron un día después del día estresante. Este sencillo estudio demuestra la relación que existe entre los eventos psicológicos como disparadores de eventos fisiológicos.

Otro estudio en el que se evalúa de una manera más precisa los efectos de la relajación sobre el dolor de cabeza es el de Appelbaum, Blanchard, Nicholson, Radnitz, Kirsch, Michulka, Attanasio, Andrasik y Dentinger (1990). Dentro de este trabajo, se intentó evaluar tres formas de tratamiento: 1) entrenamiento en relajación muscular progresiva dado como un tratamiento proporcionado en casa; 2) Entrenamiento en relajación muscular progresiva más técnicas cognitivas de afrontamiento al stress, otra vez dado en casa y; 3) un monitoreo de dolor de cabeza, es decir un control en lista de

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

espera. Los sujetos utilizados fueron 41 individuos con dolor de cabeza tensional. Los sujetos fueron asignados al azar a los tres grupos por igualándolos en las siguientes dimensiones: años con dolor, línea base pre-tratamiento, edad, sexo e índice de medicamentos.

Las medidas pre-tratamiento fueron las siguientes: una entrevista de estructurada evaluando las características del dolor de cabeza junto con los factores sociales, emocionales y de dieta que influyen en el dolor. Una batería computarizada de pruebas psicológicas y una evaluación psicofisiológica. No dicen las características de estas pruebas. Posteriormente se les pidió que monitorearán su dolor de cabeza.

Comparando los dos grupos de tratamiento los autores afirman que analizando los resultados no hubo un incremento en la eficacia del tratamiento, sin embargo, la adición de las habilidades de afrontamiento incrementó el uso de estas técnicas más que en el grupo de relajación únicamente. Donde si hubo diferencias es en la comparación de los grupos de tratamiento activo con el grupo control. Las diferencias fueron analizadas a un nivel de significancia

estadística. Pero la conclusión más importante es que no es tan necesario el continuo contacto con el terapeuta dado que casi todo el trabajo terapéutico se llevó a cabo sobre la base de asignación de tareas en el hogar.

Este trabajo también está de acuerdo con el de Blanchard, Nicholson, Taylor, Steffeck, Radnitz y Appelbaum (1991), que, como se puede ver, es el mismo equipo de investigación que el del trabajo anterior. En este caso también intentaron evaluar la asignación de tareas en casa trabajando con pacientes que padecían de dolor de cabeza tensional. Utilizaron tres grupos de tratamiento; el primero aplicaron relajación muscular profunda con asignación de tareas en casa; el segundo también fue el entrenamiento en relajación muscular, pero sin esta asignación de tareas; el tercer grupo solo monitoreaban su dolor de cabeza, es decir que era un grupo control.

Se utilizaron 31 sujetos que fueron repartidos al azar en los tres diferentes grupos. Los resultados muestran que no se encontró ventaja en la inclusión de una práctica regular en el hogar y la aplicación de instrucciones. Los autores afirman que esto tal fue debido a lo pequeño del tamaño de la

muestra y el bajo poder estadístico. Sin embargo, hay una tendencia a que exista una ventaja en la asignación de tareas en el hogar.

Por último tenemos una evaluación controlada de un tratamiento conductual de dolor de cabeza crónico en edad avanzada. Este trabajo, que presentan Nicholson y Blanchard (1993) utilizaron un diseño de línea base múltiple. Los pacientes fueron 14 personas cuyas edades fluctuaban entre los 61 y 80 años de edad. El tratamiento, de acuerdo a la línea base múltiple fue entrenamiento en relajación muscular progresiva, terapia cognitiva conductual, y entrenamiento en biofeedback. Dentro de biofeedback, a través de aparatos de retroalimentación, se les enseñaba a los pacientes a relajar sus músculos frontales o el trapecio.

Una de las conclusiones más importantes de este estudio es que los pacientes, después del tratamiento, dejaron de consumir medicamentos contra el dolor. "Hubo un significativo decremento en el consumo de medicamentos para el dolor de antes a después del tratamiento. Esos resultados nos dirigen a concluir que estos hallazgos pueden ser interpretados sin ambigüedad" (pág. 406).

Podemos ver, para terminar este punto, que no hay mucho de nuevo bajo el sol. Los tratamientos siguen siendo el entrenamiento en terapia cognitivo-conductual, relajación y entrenamiento en retroalimentación. Sin embargo, se está buscando actualmente diseños que permitan distinguir de una forma sistemática los componentes de los tratamientos y las características particulares de los pacientes con la finalidad de incrementar la eficacia de los tratamientos.

#### **4.5.2 Dolor de Espalda Baja.**

Este tipo de dolor es muy frecuente en personas que tensan la parte baja de su espalda en forma inconsciente, pero hasta el grado de tener dolores incapacitantes. La vida sedentaria, la falta de ejercicio y la sensibilidad a la tensión de esa parte de la espalda son los elementos que se mezclan para provocar este tipo de dolor.

Turner, Clancy, Mcquade y Cardenas (1990) presentan un trabajo en el que evalúan la relativa contribución del ejercicio al tratamiento conductual, además de que evaluar

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

un tratamiento en pacientes externos, todo esto con pacientes con dolor medianamente incapacitante.

Se utilizaron 96 pacientes que fueron evaluados médicamente de tal forma que no tuvieron ningún problema aparte de la tensión muscular. Se excluyó a pacientes que tenían problemas cardiovasculares, artritis reumatoide, cáncer, o problemas en el tejido conectivo.

Las mediciones fueron hechas nuevamente con instrumentos estandarizados que evaluaban la severidad del dolor, observadores externos calificaban también el dolor del paciente y se evaluó también la condición física (Physical Fitness), al igual que evaluaciones por parte de los mismos pacientes.

Los tratamientos consistieron en:

a) Conductual. En este tratamiento a los pacientes y sus parejas se les explicaba el concepto de las conductas de dolor y las conductas sanas. A las parejas se les instruyó para que manejaran en una forma conductual las conductas de dolor de acuerdo a la concepción de Fordyce. El

tratamiento incluyó discusión de grupo, juego de papeles y retroalimentación sobre la ejecución, y tareas en casa con reforzamiento social.

b) Ejercicio. Se llevó a cabo un programa de ejercicio aeróbico incrementando cada vez más la ejecución de caminar y correr.

c) Ejercicio, conductual. A los pacientes se les asignó en esta condición la intervención conductual seguida de ejercicios.

d) Grupo de espera en lista de espera.

Los resultados sugieren que el grupo de pacientes externos que incluyeron tanto la terapia conductual como el ejercicio tuvieron un mejoramiento mayor que el grupo de lista de espera. Los pacientes con ejercicio aeróbico y tratamiento conductual mejoraron significativamente más que los pacientes solo con el ejercicio.

En este trabajo podemos ver la importancia del ejercicio dentro de este tipo de dolor. Actualmente ha existido un

renacimiento del gusto por el ejercicio diario y rutinario en un grupo de personas dentro de la sociedad.

#### **4.5.3 Dolores Musculoesqueléticos.**

Los dolores de este tipo también pueden ser atendidos por técnicas psicológicas, en especial mencionaremos dos artículos de Keefe, Caldwell, Williams, Gil, Robertson, Martínez, Nunley, Beckham, Crisson y Helms (1990) y de Keefe, Gil, Robertson, Martínez, Nunley, Beckham, y Helms (1990). El primer artículo es la primera parte de la investigación y el segundo la concluye.

El objetivo de este estudio fue determinar si una intervención cognitiva conductual diseñada para mejorar las habilidades de afrontamiento al dolor, incapacidad física y la conducta de dolor en pacientes con dolor de rodilla osteoartrófico.



Los sujetos fueron 9 pacientes diagnosticados con osteoartritis en las rodillas. Fueron 28 hombres y 71 mujeres. El promedio de edad fue de 64 años.

Las mediciones fueron el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, Escalas de Medición de Impacto de la Artritis, el uso de medicamentos y la observación directa de conductas de dolor motoras. Los dos primeros instrumentos son estandarizados.

El procedimiento consistió en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento al dolor. Los pacientes recibieron una intervención cognitivo-conductual al estilo de Meichenbaum. Las técnicas de afrontamiento consistieron en relajación, imaginación y distracción. La imaginación se hizo junto con la relajación; a los pacientes se les alentaba a identificar imaginaciones placenteras y a practicar el uso de la imaginación como un método de afrontamiento. También se utilizó reestructuración cognitiva para que los pacientes reconocieran y modificaran las ideas irracionales relacionadas con la conducta del dolor. A los pacientes se les enseñó a monitorear sus pensamientos y sentimientos que ocurrían en situaciones en las que tenían dificultad para

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

afrontar el dolor. Se les alentó a los pacientes a que contrarrestaran los pensamientos irracionales con pensamientos de afrontamiento más positivos y realistas.

En otra condición de tratamiento, se les daba a los pacientes conferencias acerca de cuatro tópicos: primero, la naturaleza de la osteoartritis, incluyendo información sobre la osteoartritis como un proceso de enfermedad, anatomía y la comparación de la osteoartritis con otras enfermedades artríticas. Segundo, métodos de tratamiento enfocados hacia la medicación y métodos quirúrgicos. El tercer tópico era ejercicio involucrando ejercicios para mantener la flexibilidad y la fuerza y los efectos de diferentes tipos de ejercicio. El cuarto tópico fue sobre la protección, mantenimiento y movilidad de la función, incluyendo una discusión acerca del uso de artefactos de asistencia y la importancia de la postura durante las actividades estáticas y dinámicas.

La tercera condición de tratamiento consistió en una condición estándar de cuidado como una forma de grupo control.

### *Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

Los resultados de este estudio demuestran que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento al dolor es efectivo en la reducción del dolor y la incapacidad psicológica en pacientes con este tipo de problema. Los mejoramientos en la incapacidad psicológica y el dolor ejecutadas por las habilidades de afrontamiento valen la pena por una serie de razones. En primer lugar los datos de este estudio indican que la atención tanto a las habilidades de afrontamiento como por la educación de artritis fue buena y ambas cuestiones son importantes para hacer creíble el tratamiento.

El estudio citado posteriormente a éste, reporta los datos de seguimiento por seis meses. Los resultados indican la utilidad de este tipo de tratamientos.

Podemos observar, en este capítulo, el tipo de tratamientos conductuales que se están realizando en la actualidad. Vemos una sistematización cada vez mayor cuidando los aspectos metodológicos cada vez más. Pero también observamos que los tratamientos se reducen a un pequeño conjunto de técnicas. Por un lado, la llamada "aspirina conductual", es decir el entrenamiento en relajación, por el otro el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

También observamos aplicaciones de biofeedback con retroalimentación a la respuesta galvánica de la piel. Este tipo de aparatos ya se pueden conseguir fácilmente en las tiendas electrónicas. Sin embargo observamos una aplicación más bien tibia de ésta última técnica. Ya no es la panacea con la que el psicólogo conductual podía contar asegurando la eficacia. Ahora las cosas se toman con más calma y si bien se reconoce su eficacia, ya no se hace con el mismo entusiasmo que hace unos 15 años.

No encontramos ningún estudio en el que se utilice la relajación o la meditación trascendental u otras técnicas que aparentemente tienen mucho de semejante con la relajación, pero que en realidad parten de presupuestos teóricos diferentes.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**

## **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES**

El dolor es un fenómeno intrigante. A primera vista es sencillo, ya que observamos que existe un estímulo y se da la respuesta. En muchos sentidos, el dolor es una respuesta adaptativa. Nos permite darnos cuenta de que existe algún daño tisular y nos urge al retiro del estímulo nociceptivo. Esta urgencia involucra estados tanto motivacionales como afectivos y sociales. Pero cuando el dolor deja de ser una señal para retirar el estímulo nociceptivo, no deja de existir dolor, entonces el dolor se convierte en todo un problema.

Las teorías sobre el dolor han sido muchas, pero la teoría más relevante es la teoría del dolor de entrada que involucra tanto aspectos de tipo fisiológico como de tipo psicológico.

Dentro del desarrollo de la psicología conductual, se ha desarrollado una de sus ramas llamada medicina conductual. Distinguiendo perfectamente las áreas de las diferentes disciplinas (medicina y psicología), la medicina conductual surge como un trabajo interdisciplinario que permite la mejor atención del paciente con dolor crónico. De hecho han

surgido clínicas del dolor en el cual la especialidad es el tratamiento del dolor como un problema. En este sentido, estamos de acuerdo con la afirmación de que el dolor es malo. No se puede considerar nunca como bueno.

Los tratamientos conductuales han incluido relajación, hipnosis, manejo de contingencias, y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Estas técnicas ya han probado su eficacia. En la actualidad se hacen estudios sistemáticos para incrementar la eficacia intentando distinguir las diferencias de los pacientes, así como los diferentes elementos de las técnicas.

Sin embargo, la aproximación conductual tiene el problema de partir de una epistemología positivista. Esto implica la visión de la realidad en una forma lineal y fragmentada. No se encontraron estudios cualitativos que presenten de una forma holística el problema del dolor, lo cual sería bueno, ya que el dolor es una experiencia personal de daño. Es cierto que existen manifestaciones públicas de esta conducta, pero es esencial la experiencia personal. Es decir, que se generen estudios desde el punto de vista del autor, no solo desde el punto de vista positivista.

Los tratamientos psicológicos han trabajado con dismenorrea, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor crónico, cáncer y preparación de pacientes para cirugía o quimioterapia. Todo esto se ha realizado con bastante éxito. Es probable que en un futuro los síndromes médicos se amplíen en la intervención del psicólogo. Es decir, que el campo de la medicina conductual se irá ampliando conforme se vaya explorando el terreno.

Esto nos permite hacer una reflexión acerca de la manera en que los problemas médicos pueden ser intervenidos por los psicólogos, porque el ser humano no es solo un conjunto de órganos que funcionan bien o mal. Más bien el ser humano es un todo integrado en el que todo lo que le ocurra a nivel médico tiene que ver con su salud, la salud tiene que ver con los estados psicológicos y así sucesivamente. Es necesario que cada vez más gente profesional de la salud se interese por el ser humano de una forma más holística y menos fragmentada.

Esto no es sino una pequeña revisión de lo que los psicólogos han hecho en el campo de la salud,



específicamente en el campo del tratamiento del dolor. Evidentemente que la aproximación conductual no es la única que ha abordado este tipo de problemas. Sin embargo, pensamos que la medicina conductual contiene los suficientes controles metodológicos para plantear investigaciones científicas. A pesar de ello, los trabajos, como ya lo dijimos, solo se han limitado a aspectos cualitativos.

## **RESUMEN.**

Desde la perspectiva conductual se realiza una revisión histórico-teórica de las distintas aproximaciones psicológicas al tratamiento del dolor, así mismo se examinan las raíces históricas del dolor.

De esta forma se plantea un panorama actual respecto a la psicología y su aproximación al tratamiento del dolor, basado principalmente en la estructuración cognitivo conductual, que por su carácter teórico-práctico se hace referencia a la inoculación de stress, relajación, hipótesis y no solo a partir de los métodos observacionales y de cuantificación disponibles.

Al revisar este trabajo se hallará una reflexión teórica sobre el dolor, una oportunidad para familiarizarse con las ventajas del análisis histórico-conceptual, mismo que puede ser útil para quienes se inician en el estudio de la psicología respecto al tópico que nos ocupa

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Appelbaum K.A., Blanchard E.B., Nicholson N.L., Radnitz C., Kirsch C., Michultka D., Attanasio V., Andrasik F. y Dentinger M.P. (1990) Controlled Evaluation of the Addition of Cognitive Strategies to a Home-Based Relaxation Protocol for Tension Headache. *Behavior Therapy*, Vol. 21, pp 293-303.

Beecher H.K. (1959) *Measurement of Subjective Responses*. Nueva York: Oxford University Press.

Blanchard E.B., Nicholson N.L., Taylor A.E., Steffek B.D., Radnitz C.L. y Appelbaum K.A. The Role of Regular Home Practice in the Relaxation Treatment of Tension Headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No. 3, pp 467-470.

Fordyce W.E. (1976) *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. Saint Louis Cal: The C.V: Mosby Co.

Fordyce W.E. y Steger J.C. (1979) Chronic Pain. En O.F. Pomerleau y J.P. Brady (Eds) *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: The Williams and Wilkins Co.

Gil K.M. (1995) Introduction to the Special Series: Experimental Pain as a Model for the Study of Clinical Pain. *Behavior Therapy*, Vol. 26, pp 193-195.

Gil K.M., Phillips G., Webster D.A., Martin N.J., Abrams M., Grant M., Clark W.C. y Janal M.N. (1995) Experimental Pain Sensitivity and Reports of Negative Thoughts in Adults With Sickle Cell Disease. *Behavior Therapy*, Vol. 26, pp 273-293.

Gil K.M., Williams D.A., Keefe F.J. y Beckham J.C. (1990) The Relationship of Negative Thoughts to Pain and Psychological Distress. *Behavior Therapy*, Vol. 21, pp 349-362.

James L.D., Thorn B.E. y Williams D.A. (1993) Goal Specification in Cognitive- Behavioral Therapy for Chronic Headache Pain. *Behavior Therapy*, Vol. 24, pp 305-320.

Jensen M.P. y Karoly P. (1991) Control Beliefs, Coping Efforts, and Adjustmnt to Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No. 59, pp 431-438.

Keefe P.J., Caldwell D.S., Williams D.A., Gil K.N., Mitchell D., Robertson C., Martinez S., Nunley J., Beckham J.C. y Helms M. (1990) Pain Coping Skills Training in the Management of Osteoarthritic Knee Pain II: Follow-up Results. *Behavior Therapy*, Vol. 21, pp 435-447.

Keefe P.J., Caldwell D.S., Williams D.A., Gil K.N., Mitchell D., Robertson C., Martinez S., Nunley J., Beckham J.C., Crisson J.E. y Helms M. (1990) Pain Coping Skills Training in the Management of Osteoarthritic Knee Pain: A Comparative Study. *Behavior Therapy*, Vol. 21, pp 49-62.

Köhler T. y Haimerl C. (1990) Daily Stress as a Trigger of Migraine Attacks: Results of Thirteen Single-Subjet Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58, No. 6. Pp 870-872.

Melzack R. (1973) *The Puzzle of Pain*. Harmondsworth, England: Penguin Books.

Murphy A.I., Lehrer P.M. y Jurish S. Cognitive Soping Skills Training and Relaxation Training as Treatments for Tension Headaches. *Behavior Therapy*, Vol. 21, pp 89-98.

Nava Segura J. (1974) *Neurología Clínica*. México: Impresiones Modernas.

Nicholson N.L. y Blanchard E.B. (1993) A Controlled Evaluation of Behavioral Treatment of Chronic Headache in the Elderly. *Behavior Therapy*, Vol. 24, pp 395-408.

Novy D., Nelson D.V., Francis D.J. y Turk D.C. (1995) Perspectives of Chronic Pain: An Ecaluative Comparison of Restrictive and Comprehensive Models. *Psychological Bulletin*, Vol. 118, No. 2, pp 238-247.

Popper K.L. (1983) *Conjeturas y Refutaciones: El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Editorial Paidós.

Romano J.M., Turner J.A., Friedman L.S., Bulcroft R.A., Jensen M.P. y Hops H. (1991) Observational Assessment of Chronic Pain Patient-Spouse Behavioral Interactions. *Behavior Therapy*, Vol. 22, pp 549-567.

Shoenfeld W.N. (1980) El dolor: un reporte verbal. En V.A. Colotla, V.M. Alcaraz y C.R. Shuster (Eds) *Modificación de Conducta: Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica*. México: Ed. Trillas.

Turner J.A., Clancy S., McQuade K.J. y Cardenas D.D. (1990) Effectiveness od Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain: A Component Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58, No. 5, pp 573-579.

Weisenberg M. Y Tursky B. (1975) *Pain: New Perspectives in Therapy and Research*. Nueva York: Plenum Press.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: EL DOLOR</b>	<b>7</b>
EL DOLOR COMO UN FENÓMENO SOCIAL	14
<b>CAPÍTULO 2: TEORÍAS SOBRE EL DOLOR</b>	<b>24</b>
2.1 TEORÍA DE LA ESPECIFICIDAD.	26
2.2 TEORÍA DEL PATRÓN.	30
2.3 TEORÍA DEL CONTROL DE ENTRADA.	32
<b>CAPÍTULO 3: TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR</b>	<b>37</b>
3.1 APROXIMACIÓN CONDUCTUAL.	38
3.1.1 conducta operante y conducta respondiente.	47
3.1.2 condicionamiento de la conducta de dolor.	49
3.1.3 formas de reforzamiento positivo de la conducta del dolor.	50
3.1.4 tratamiento conductual de la conducta del dolor.	55
3.2 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.	65
3.2.1 inoculación de stress.	65
3.2.2 relajación.	69
3.2.3 hipnosis.	70
3.3 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR.	71
<b>CAPÍTULO 4: EL DOLOR: PANORAMA ACTUAL</b>	<b>74</b>
4.1 LA PSICOLOGÍA Y SU APROXIMACIÓN AL DOLOR.	75
4.1.1 definición del dolor.	76
4.1.2 medición del dolor.	78
4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPECIALIZADA.	83
a) Evaluación observacional.	85
b) Sistema de Codificación.	85
c) Códigos de categorías y reducción de datos.	86
d) Entrenamiento de observadores y anotación de los datos.	87
e) Medidas de autoreporte.	87
4.3 APROXIMACIONES TEÓRICAS SOBRE EL DOLOR	88
4.3.1 Dualismo mente-cuerpo.	90
4.3.2 Aproximación psicológica.	91
4.3.3 Aproximación operante-conductual radical.	92
4.3.4 Aproximación cognitiva radical.	93
4.4 PERSPECTIVAS COMPRENSIVAS.	96
4.4.1 Definición de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.	96
4.4.2 Control de entrada.	97
4.4.3 Operante conductual no radical.	97
4.4.4 Perspectiva Cognitivo-conductual.	99

*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del dolor*

<b>4.5 APLICACIONES DE TÉCNICAS PSICOLÓGICAS AL CONTROL DEL DOLOR.</b>	<b>103</b>
4.5.1 Dolor de Cabeza.	103
4.5.2 Dolor de Espalda Baja.	114
4.5.3 Dolores Musculoesqueléticos.	117
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES</b>	<b>123</b>
<b>RESUMEN.</b>	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>128</b>



*Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del Dolor*