



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

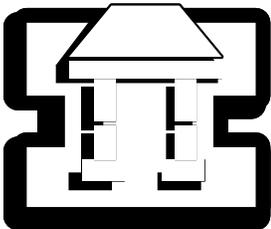
**DOLOR CRÓNICO: TÉCNICAS PSICOLÓGICAS
PARA SU TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ROBERTO OMAR PÉREZ GUTIÉRREZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO**

**DICTAMINADORES:
MTRA. ROSA ISABEL GARCÍA LEDESMA
LIC. ADRIÁN MELLADO CABRERA**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Esta investigación representa el comienzo de una nueva etapa en mi vida, estoy muy agradecido con las personas que me ayudaron y apoyaron en el proceso. Mis más sinceros agradecimientos

A mis padres que me han apoyado en mi formación y en la vida diaria

A mi Padre que me impulsa para cumplir con mis objetivos, con sus consejos y ejemplos me motiva a realizar todo lo que me proponga

A mi Madre que me anima para cumplir mis metas, me transmite la confianza y fortaleza de seguir creciendo como persona y profesional

A mis hermanos Javier, Oscar y Emmanuel que son un aliciente y ejemplo para continuar con mis proyectos

A la Mtra. Laura Ruth por su guía y apoyo en esta investigación

A Mis Asesores dedicaron su tiempo a mi proyecto

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Psicología de la salud	4
1.1. Antecedentes históricos	4
1.2. Estrés y salud	11
Capítulo 2. El dolor y su tratamiento	23
2.1. Caracterización del dolor	23
2.2. Evaluación médica	35
2.3. Evaluación psicológica	37
2.3.1. Evaluación de la intensidad de dolor	39
2.3.1.1. Escalas categóricas	39
2.3.1.2. Escalas numéricas	40
2.3.1.3 Escalas análogo-visuales	40
2.3.2. Dibujo del dolor	41
2.3.3. Diario del dolor	41
2.3.4. El cuestionario McGill del Dolor	42
2.3.5. Inventario multidimensional del dolor de West Haven-Yale	42
2.4. Intervención psicológica	43
2.4.1. La relajación	48
2.4.1.1. El entrenamiento autógeno	51
2.4.1.2. La relajación muscular progresiva	52
2.4.1.3. La respiración diafragmática o profunda	52
2.4.1.4. La imaginería o imaginación guiada	53
2.4.2. La Biorretroalimentación o Retroalimentación Biológica	54
2.4.3. La hipnosis	56
2.5. Afrontamiento del dolor crónico	57
2.6. Autorregulación del dolor crónico	66

Capítulo 3. Programas de intervención (análisis)	69
3.1. Programa multidisciplinario de la Universidad de Washington	69
3.2. Programa de intervención para pacientes con dolor crónico	74
3.3. Programa cognitivo-conductual para pacientes con dolor crónico	75
Capítulo 4. Programa de intervención (propuesta)	83
Conclusión	111
Bibliografía	116
Anexos	122

Resumen

El trabajo del psicólogo como parte del sistema de salud ha tomado fuerza los últimos años, su participación en los programas de prevención y en la intervención de diferentes enfermedades es cada vez más importante, los factores psicológicos que el enfermo desarrolla tienen relevancia en el proceso de la enfermedad. El dolor crónico es uno de los problemas en los cuales el psicólogo se ocupa, ya que facilita al paciente una mejor adaptación a su problemática, fortalece los tratamientos médicos y ayuda en la rehabilitación del paciente. En esta investigación se hace una revisión sobre el tema del dolor crónico y los programas que se usan para su atención, las aportaciones de la psicología y se propone un programa de intervención para pacientes con dolor crónico. Sobresale el papel del psicólogo como principal enlace con otros especialistas para lograr una atención integral y de calidad. El dolor es una de las principales quejas que la persona presenta y les hace recurrir al sistema de salud, por ello, es muy importante conocer y analizar esta problemática.

INTRODUCCIÓN

Como síntoma, el dolor es la queja más común de todas las que presentan los pacientes que buscan ayuda de un médico. El dolor crónico se ha descrito como un gran problema para la medicina institucional; sus repercusiones se manifiestan en términos de pérdidas humanas y costos económicos; las incapacidades laborales y los gastos totales relacionados con el dolor crónico. El modelo médico ha mantenido que existe una correlación entre cantidad de dolor y patología orgánica subyacente (Miró, 2003). Los procedimientos diagnósticos disponibles, hasta ahora, no han permitido identificar patología orgánica que justificara el dolor que informan los pacientes; en un gran número de casos de dolor agudo, pero sobre todo de dolor crónico, no es posible identificar causa orgánica.

Actualmente y gracias a los cambios acontecidos a lo largo de las últimas cuatro décadas, el dolor ha pasado de ser considerado el simple resultado de una estimulación nociceptiva, a conceptualizarse como el resultado de un conjunto amplio de factores que interactúan entre ellos, factores cognitivos, conductuales, emocionales y culturales, además de los fisiológicos. (Domínguez, 1996).

La investigación biomédica (Domínguez, 1996) ha generado cada vez mayor comprensión acerca de los aspectos biológicos, la ubicación y el tamaño de las lesiones, y sobre la manera en que éstas interrumpen o favorecen cierto tipo de neurotransmisión; sin embargo, el componente emocional del dolor, muchas veces abrumador, que sufren las personas en un episodio doloroso, eleva considerablemente la complejidad de los esfuerzos necesarios para aliviar el dolor o controlarlo. Interviene una mezcla entre los sistema de señales (neurotransmisores) con las acciones emocionales, cognoscitivas y conductuales que ocurren antes o subsecuentemente de la estimulación nociceptiva y que se conceptualiza como emociones, respuestas y reacciones.

El problema del dolor representa un problema complejo que en las instancias clínicas no se le presta la debida atención, la psicología de la salud es la responsable de atender a este tipo de población en las clínicas y hospitales. Pero debemos conocer a fondo la problemática

que pretendemos abordar. Reconocer las dificultades que representan tanto para el paciente afectado por el dolor crónico, como para los especialistas que se hacen cargo de estos pacientes. Los pacientes que asisten a las clínicas de salud en su mayoría sólo reciben atención médica, dejando de lado la atención psicológica que en el caso del dolor crónico es muy importante. El apoyo psicológico en cuadros clínicos del dolor crónico ayuda al paciente a mejorar su salud y calidad de vida, los programas de salud en los hospitales no contempla este apoyo a los pacientes que asisten a los servicios de salud pública; son pocos los hospitales que cuentan con el servicio de psicología, siendo los psiquiatras los que ocupan un lugar en el caso de atención a la salud mental.

El psicólogo debe cobrar mayor importancia en el tratamiento de los padecimientos crónicos y crónico-degenerativos. Por ejemplo, en casos como el VIH/SIDA el psicólogo tiene lugar en la atención primaria; se han creado programas y talleres que se enfocan en el tratamiento psicológico de estos pacientes: grupos de apoyo, talleres de prevención, pláticas y conferencias que constituyen un apoyo social a la comunidad. En un contexto grupal, se puede conformar una red de apoyo emocional que permita enfrentar de mejor manera los propios estados emocionales. Esto es consistente con patrones culturales en nuestro país, los cuales permiten, bajo ciertos contextos, expresar emociones e incluso recibir simpatía y apoyo por hacerlo, generando una descarga emocional colectiva; las sensaciones de alivio de la tensión y la mayor claridad de pensamiento intensifica la camaradería y hacen surgir poderosas fuerzas de cohesión y solidaridad de grupo.

En el caso del dolor crónico se ha llevado a cabo un programa de intervención en la Clínica del Dolor del Hospital General de la S.S. encabezado por el Dr. Benjamín Domínguez (1986-1996), la investigación aportó grandes avances en la caracterización, evaluación e intervención del dolor crónico; por ejemplo, las intervenciones conductuales y de relajación para la reducción de dolor crónico en el adulto, la utilidad de las técnicas cognitivo-conductuales en el manejo del dolor crónico, la retroalimentación biológica para el apoyo de estas técnicas para aliviar diversos tipos de dolor crónico (Domínguez, 1997).

Se han desarrollado diversas formas de intervención para el control del dolor crónico las cuales contemplan el manejo cognitivo-conductual del dolor crónico, técnicas de relajación y autorregulación del dolor.

Parte de la problemática del trabajo con el dolor crónico se debe a la etiología del padecimiento, es decir, el origen del dolor difiere de paciente a paciente, el dolor se presenta en diferentes partes del cuerpo, debido a enfermedades crónico-generativas, lesiones o traumas, psicosomáticas o estrés. Por esa razón el tratamiento tanto médico como psicológico tiene que ser especializado para cada paciente; en cuanto al tratamiento psicológico implicaría costos que el sistema de salud no contempla, ya que la evaluación y el tratamiento no se pueden estandarizar y no es funcional en el sistema de salud pública. De ahí, la importancia de que se busquen alternativas de tratamiento para la atención a este tipo de población.

El tratamiento psicológico del dolor crónico es un proceso largo, que requiere una terapia especializada, cada cuadro clínico es diferente y la percepción del dolor también; debido a esta situación, no hay tratamiento que se pueda aplicar con regularidad y a todos los pacientes. Por ello, la importancia de plantear alternativas que permitan el trabajo con esta población, creando un repertorio de técnicas que modulen la intervención en beneficio directo del paciente; la revisión exhaustiva de los modelos de intervención, de los programas, de las técnicas que se emplean y de las características de la población, proporcionara una mejor alternativa de intervención. Brindarle las herramientas necesarias a los terapeutas y especialistas en esta área para el beneficio de los pacientes, tanto individualmente como en grupo, para su aplicación en las instituciones de salud o en la privacidad del consultorio.

El objetivo de la presente investigación es hacer una revisión sobre el tema del dolor crónico y los programas que se usan para su atención, las aportaciones de la psicología y proponer un programa de intervención para pacientes con dolor crónico, en forma de taller grupal.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. Antecedentes

La psicología se interesó en cuestiones de salud desde los primeros años del siglo XX, la ocupación profesional y de investigación en esta área creció relativamente poco hasta los años setenta. A finales de la década de los setenta, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), así formar, institucional y profesionalmente la psicología de la salud.

Matarazzo (1980; en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000a) definió la Psicología de la salud como: el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos.

La psicología de la salud emerge por diversos factores de orden científico y relativo al cuidado de la salud. En primer lugar, por el cambio en la concepción de los términos de salud y buena salud, el concepto de salud ha sido redefinido en términos positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social. En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico, modelo dominante en la medicina; este modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.

El modelo médico ha generado una investigación, una práctica médica y un desarrollo de nuevas tecnologías, que han sido muy eficaces en la erradicación de las enfermedades mortales del pasado, no obstante, el modelo médico por sí mismo ha desempeñado un pobre papel a la hora de justificar muchos fenómenos de la salud y la enfermedad. Además distintos estudios han comenzado a abogar por un modelo nuevo, que incorpore factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad.

La salud es un asunto de vital importancia para todos, cuando se refiere a la salud de un individuo se está pensando en el bienestar del mismo a nivel biológico, psicológico y social, esta nueva noción de salud reviste un carácter multifactorial: biológicos, ligados al entorno, al estilo de vida y al sistema sanitario.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Alma Ata. En ella se promulgó la carta magna mediante la cual se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollan en el campo de la salud en todos los países del globo terráqueo, se apostaba por el objetivo básico de proteger y promover la salud como alternativa al simple tratamiento o rehabilitación de las enfermedades.

Una serie de factores dificultan la obtención de dicha meta: la alta tecnología cuyos costos son excesivamente elevados y de ámbito preferentemente hospitalario en detrimento de la prevención y promoción de la salud, el incremento de un cúmulo de problemas crónicos, cuyo origen no se puede buscar en gérmenes sino en los comportamientos del sujeto (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico, enfermedades de transmisión sexual, etc.) y la orientación medicalizada y curativa de los servicios de salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000a.).

Las primeras prácticas subsiguientes a la conferencia de Alma Ata se tradujeron en la cooperación entre la ciencia del comportamiento y las ciencias biomédicas, con ello se apuntaló definitivamente el rechazo a la dicotomía entre salud física y salud mental y se apostó completamente por el modelo biopsicosocial.

Más a fondo, la psicología de la salud es una área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la psicología experimental, que fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud.

Carboles (1993; en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000a) define la psicología de la salud como “el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad (p, 24)”. Esta definición da a la psicología un amplio margen de participación activa en los fenómenos relacionados con la salud y la apertura a nuevos niveles de intervención e investigación.

Algunas áreas de actividad que los psicólogos de la salud desarrollan son:

- Prevención primaria y secundaria;
- Educación de otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, etc.;
- Participación en el sistema nacional de salud;
- Investigación científica, tanto básica como aplicada;
- Evaluación, intervención y consultoría (Ardila, 2000).

Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación.

La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación. Por ejemplo, uno de los temas más en boga, es el referente a las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente. Otros problemas de salud que se han investigado es la prevención del tabaquismo y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables. Respecto al tratamiento,

los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento del dolor; nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades como: el asma, trastornos gastrointestinales, hipertensión, entre otros padecimientos; y en la evaluación de la efectividad de diferentes estrategias de tratamiento.

Dentro de la psicología de la salud se han estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad; por ejemplo, el modo en que los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afecta la salud. Las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidado de la salud y la política de la salud, los efectos de la hospitalización y el impacto del cuidado del personal de enfermería, entre otros.

Los descubrimientos hechos en las distintas investigaciones se aplican posteriormente en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, se han hecho programas para la prevención del tabaquismo, para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, programas para el manejo del estrés, problemas cardiovasculares, asma bronquial, etc. Otras áreas en las que el psicólogo de la salud participa es ofrecer evaluación psicológica a los pacientes, médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a distintos profesionales del cuidado de la salud.

Los psicólogos de la salud también participan en la educación y el entrenamiento. Estos han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud. La psicología de la salud se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

Las creencias y las actitudes, los hábitos cotidianos y nuestro comportamiento constituyen aspectos centrales en la problemática de la salud; las conductas saludables, implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano. Por ejemplo: una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a

enfermedades cardiovasculares; hábitos como fumar, asociado fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; el consumo de alcohol y drogas, que afectan diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisposición a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos.

La promoción de la salud es un tema prioritario en la psicología de la salud, y se refiere al desarrollo y fortalecimientos de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable.

Un aspecto que hay que tener en cuenta es que mucha gente no está familiarizada con el modelo biopsicosocial de la enfermedad; sin embargo creen que los factores psicológicos y sociales, así como los biológicos, influyen en la salud y en la enfermedad. La investigación en el área (de la salud) sobre cómo se conceptualiza la enfermedad ha demostrado que la gente usa explicaciones psicológicas, sociales y biológicas en la formulación de sus puntos de vista acerca de la enfermedad (Hartman, 1983; en: Becoña y Oblitas, 2000).

Así, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y las emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo. Por ejemplo, sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes. El estrés se ha asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud de los individuos (cáncer, enfermedad cardíaca coronaria, supresión del sistema autoinmune).

Las enfermedades crónicas (cáncer, VIH/SIDA, diabetes) han sustituido a las enfermedades infecciosas como causas principales de muerte, la peculiaridad de tales enfermedades es que se encuentran asociadas estrechamente a la conducta humana y al estilo de vida de las personas. Esto desemboca en la idea de la necesidad de adoptar medidas para prevenir (prevención primaria) la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud.

El objetivo de la prevención primaria en salud, es brindar atención a todos los grupos poblacionales, organiza el sistema de salud por niveles de complejidad creciente y lograr accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional. La prevención primaria implica dos estrategias: 1) cambiar los hábitos negativos de las conductas de salud de los sujetos (fumar, beber, dieta) y 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente a adoptarlos; por ejemplo, programas de prevención del tabaquismo entre los adolescentes (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000b).

En la protección de la salud, promoción, educación para la salud, investigación y mejores servicios de salud, el énfasis pasa de la enfermedad a la salud, lo que implica cuestionar valores, modelos, formas de organización y prácticas sociales. El concepto de salud deja de ser exclusivo de la medicina y toma otros factores ligados con la forma de vida y el desarrollo social. En esta nueva concepción se tienen en cuenta los recursos de la comunidad y los recursos de las organizaciones, tanto recurso humanos como técnicos, conceptuales y financieros. Se da importancia a las redes de apoyo social y los vínculos de solidaridad e identidad, buscando ampliar las opciones de participación en el trabajo, la educación, las relaciones sociales, la cultura, la recreación, el ámbito familiar, y en general, todas las esferas de la vida cotidiana. La prevención primaria se considera como el conjunto de actividades encaminadas a disminuir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar los factores protectores y las actividades de la comunidad (incluyendo personal de salud) que permitan la detección temprana de los problemas y el acceso a los servicios disponibles (Ardila, 2000).

En la psicología de la salud existen diferentes líneas de trabajo e investigación que se han desarrollado resultando permitiendo mejorar la calidad de vida de los individuos; Becoña, Vázquez y Oblitas (2000a), proponen algunas líneas de evolución dentro de la psicología de la salud:

- El desarrollo de los programas preventivos para distintas enfermedades que están causadas básicamente por malos hábitos, es decir, por comportamientos inadecuados.

- Construir modelos explicativos de los distintos fenómenos en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria, integrando la distinta información existente sobre la problemática, aspectos médicos, psicológicos, etiológicos, etc., sin perder de vista el contexto cultural en que se desarrolla una enfermedad o trastorno, contemplando los accesos al servicio de salud o apoyo social implicado.
- Cada vez los programas de intervención deben ser más flexibles, al ser necesario utilizar aquellos procedimientos que obtengan resultados al mejor costo-efectividad.
- Mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles, evaluar adecuadamente las existentes y desarrollar nuevas técnicas de intervención.
- Existe la necesidad de desarrollar estrategias de intervención sencillas (por ejemplo, basadas en el entrenamiento en relajación) para que puedan ser aplicada en formato de autoayuda o a través de los medios de comunicación masiva a aquellas personas que lo precisen.
- Desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades tratadas exitosamente.
- Hacer conciente a la población de que existen importantes factores de riesgo para la salud que no están en organismos externos o en causas genéticas, sino en los comportamientos de las personas.
- Los conocimientos de la psicología de la salud deben integrarse en otras áreas del conocimiento ajenas a la psicología, pero en íntima relación con la psicología de la salud, para su multidisciplinaria y deseada interdisciplinaria.
- Incremento en la investigación y la publicación en el campo.
- La psicología de la salud es una verdadera promesa para mejorar el estilo de vida del individuo, para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y de salud pública y para reducir los costos de los mismos.

El estrés es una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para mantener o incrementar la salud, ya que moviliza a las personas para buscar soluciones útiles que contribuyan a su bienestar, sin embargo, un exceso cualitativo o cuantitativo de estrés aumenta la vulnerabilidad del organismo ante enfermedades; consecuencia de la exposición

a múltiples o muy impactantes situaciones estresantes, además, de la falta de un estilo de vida y de recursos apropiados para hacerle frente, o resultado del agotamiento de un organismo que con bastante frecuencia debe estar sobrefuncionando para manejar las situaciones que pueden afectarle.

1.2. Estrés y salud

Según un informe de La Universidad de Sussex (2001), México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo en razón de que presenta los mayores factores que provocan esa enfermedad, tales como la pobreza y los cambios constantes de situación político, económico y social, lo cual provoca constante tensión y depresión entre sus habitantes. La popularidad del tema no sólo es una cuestión de difusión, si no, principalmente una experiencia dolorosa. El estrés es un detonador de enfermedades comunes como son: úlceras, alteraciones músculo-esqueléticas, hipertensión, insomnio, entre otras. Considerando el fenómeno del estrés como potencial activador de una enfermedad su estudio y tratamiento debe ser una de las áreas de mayor investigación por parte de los psicólogos de la salud.

Las situaciones de estrés producen un aumento en la activación fisiológica del organismo, en este ámbito se pueden distinguir tres ejes de acción en la respuesta al estrés:

- Eje neutral: Se activa de manera inmediata en todos los casos, provocando una activación simpática, en casos excepcionales, parasimpática, así como un incremento en la activación del sistema nervioso periférico. Su actuación no suele provocar trastornos psicofisiológicos, pues el sistema nervioso periférico no puede enviar señales de forma continua durante mucho tiempo. Los únicos problemas pueden deberse a un mantenimiento excesivo de la tensión muscular por activación del sistema nervioso periférico.
- Eje neuroendocrónico: Es la activación más lenta y necesita unas condiciones de estrés más continuos. Su arranque implica la activación de la médula de las glándulas suprarrenales, con la consiguiente secreción de catecolaminas (adrenalina

y noradrenalina): lo que contribuye a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, con efectos similares a los producidos por la activación simpática, aunque, más duraderos y lentos. La activación de este eje tiene gran importancia para la supervivencia, pues prepara al organismo para una intensa actividad corporal con la que enfrentarse a cualquier amenaza externa, bien haciéndole frente (luchando), bien escapando de ella.

- Eje endocrino: Este eje facilita una activación, que se divide en cuatro subejos. El primero y más importante es el subeje adrenal-hipofisario, que responde provocando la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticosterona), así como mineralocorticoides (aldosterona y deoxicorticosterona), que favorecen la retención de sal por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado, la excesiva liberación de estos mineralocorticoides contribuye al desarrollo de problemas como la hipertensión o la necrosis del miocardio. Paralelamente la hipófisis anterior libera en la sangre diversos opiáceos endógenos (endorfinas) que aumenta la tolerancia al dolor en situaciones de estrés. Los otros subejos implican a) la secreción de la hormona de crecimiento, cuya función en la respuesta del estrés no está clara; b) el incremento en la secreción de hormonas tiroideas, en especial de tiroxina, que aumenta el metabolismo, y en consecuencia el desgaste general; y c) la secreción vasopresina, que altera el funcionamiento de los riñones y por consiguiente incrementa la retención de líquidos, pudiendo colaborar así al desarrollo de la hipertensión (Nieto, Abad, Esteban, y Tejerino, 2004). Para poder comprender mejor los efectos de esta activación ver tabla 1.

Tabla 1. Efectos de la activación de los ejes neuronal, neuroendocrino y endocrino (Everly, 1989 en: Fernández-Ballesteros, 1994).

<p>Efectos de la activación del eje neutral:</p> <p>Aumento del ritmo cardíaco</p> <p>Aumento de la presión arterial</p> <p>Sequedad de la boca</p> <p>Sudoración intensa</p> <p>Adormecimiento/hormigueo en los miembros</p> <p>Dilatación de las pupilas</p>

Dificultad para respirar

Efectos de la activación del eje neuroendocrino:

Aumento de la presión arterial

Aumento del aporte sanguíneo al cerebro

Aumento del ritmo cardiaco

Aumento de los músculos estriados

Aumento de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre

Aumento de riego sanguíneo a los riñones, al sistema gastrointestinal y a la piel

Aumento del riesgo de hipertensión

Aumento del riesgo de formación de trombos

Aumento de riesgo de angina de pecho en personas propensas

Aumento de riesgo de arritmias

Aumento de riesgo de muerte súbita por arritmia letal, isquemia miocárdica, fibrilación miocárdica e infarto de miocardio.

Efectos de la activación del eje endocrino (subeje adrenal-hipofisiario):

Aumento de la producción de glucosa (glucogénesis)

Exacerbación de irritación gástrica

Aumento de la producción de urea

Aumento de liberación de ácidos grasos libres en el sistema circulatorio

Aumento de la susceptibilidad a procesos arteroescleróticos

Aumento de la susceptibilidad a necrosis miocárdicas no trombóticas

Supresión de los mecanismos inmunológicos

Exacerbación del herpes simple

Aumento de la producción de cuerpos cetónicos

Supresión del apetito

Sentimientos asociados de depresión, desesperanza, indefensión y pérdida de control.

Las respuestas fisiológicas activadas y los órganos implicados dependen del tipo de estímulo estresor y de la valoración que de él hace la persona, así como de la búsqueda de una solución. Si la respuesta de estrés provoca una activación fisiológica excesivamente intensa, repetida o duradera, se produce un agotamiento de los recursos, y un desgaste excesivo de los órganos, y se propicia la aparición de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos asociados, mediados por la predisposición o vulnerabilidad de tipo constitucional de la persona.

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional. En circunstancias de estrés agudo es frecuente la experiencia subjetiva de ansiedad y miedo; cuando el estrés se hace crónico, predomina el estado de ánimo depresivo.

Las demandas psicosociales a las que se enfrentan las personas, en interacción con los recursos de que disponen para acometerlas (entre ellos las estrategias de afrontamiento, y los factores de la personalidad o el apoyo social con que cuentan), pueden originar una serie de consecuencias fisiológicas, cognitivas y motoras sobre el estado de salud. La influencia directa de las variables psicológicas sobre la vulnerabilidad de los individuos a la enfermedad se apoya en los resultados procedentes de una nueva área de investigación de carácter interdisciplinario denominada psiconeuroinmunología. La psiconeuroinmunología se centra específicamente en el estudio de la relación entre aspectos psicológicos y alteraciones en los parámetros endocrinos e inmunológicos, mediante el descubrimiento de puntos de conexión entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, y analiza su influencia sobre la salud, especialmente en trastornos como el cáncer, el VIH/SIDA, la artritis reumatoide, las alergias y otros, estrechamente relacionados con la eficacia del funcionamiento inmunológico (Nieto et al., 2004). Estas investigaciones señalan la posibilidad de incidir positivamente en la competencia inmunológica a través de técnicas conductuales como la relajación, la imaginación guiada, la hipnosis, el apoyo emocional y la biorretroalimentación, tanto en personas sanas como en pacientes con enfermedades infecciosas o neoplásicas.

La práctica médica ha constatado que diversas enfermedades son producto del estrés; los estresores son múltiples y variados, y su clasificación y estudio detallado resulta necesario para poder entender su intervención precisa en la patogénesis de los diferentes tipos de trastornos asociados con él (Pereyra, 2004). Los factores psicosociales juegan un papel importante en la salud y la enfermedad física y mental, estos factores contribuyen a la aparición y curso de los trastornos psicopatológicos, un episodio de enfermedad es el producto de dos procesos independientes: diátesis y estrés (Caballo y Simon, 2000). Diátesis se refiere a la vulnerabilidad de un individuo ante un trastorno específico; es decir,

una persona podría estar predispuesta a desarrollar un determinado trastorno debido a su herencia genética (historia familiar de la enfermedad) o a determinados factores constitucionales. Según el modelo, la diátesis y el estrés son complementarios; ninguno es suficiente por sí mismo para producir un trastorno psicopatológico. Aunque la diátesis se considera generalmente de naturaleza biológica y el estrés de esencia psicosocial, no tiene que ser así necesariamente, hábitos pesimistas de pensamiento adquiridos por medio de aprendizaje social, puede predisponer a la gente a algunas formas de depresión leve, pero molesta y debilitadora. Así los estresores psicosociales son condiciones ambientales que generan estrés, porque producen alteraciones en el funcionamiento psicológico y somático del organismo.

Se diferencian dos tipos de estresores psicosociales, los sucesos vitales mayores y otro conocido como estrés diario o sucesos menores (Nieto et al., 2004). Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar, las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Producen graves síntomas de estrés y requieren esfuerzos de adaptación muy costosos desde el punto de vista psicológico y físico, ejemplos de ello: el matrimonio, el divorcio, pérdida del empleo o pequeñas violaciones a la ley, algunos de ellos pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, porque salen de las experiencias normales, como son los desastres naturales (inundaciones o terremotos) o desastres provocados por el hombre (combates militares, terrorismo, accidentes catastróficos y ataques físicos). Existen otro tipo de sucesos de menor impacto pero mucho más frecuentes y más cercanos al individuo, que caracterizan la vida cotidiana y poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales; estos eventos son: fastidios, contrariedades o sucesos negativos, irritantes, frustrantes y estresantes (problemas prácticos fastidiosos tales como: romper o perder cosas, tráfico en la ciudad, no disponer de dinero) sucesos fortuitos, como inclemencia del tiempo y contrariedades en la interacción social, como discusiones, problemas familiares, decepciones, etc. Las molestias diarias y dificultades crónicas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos vitales mayores, y pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico. Los placeres o satisfacciones podrían actuar como amortiguadores emocionales del estrés.

El estrés agudo se presenta en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar. Aparecen en forma súbita, evidente y fácil de identificar; las enfermedades que habitualmente se observan por estos efectos son: trastornos por estrés agudo, trastornos por estrés post-traumático, ataque de pánico, fobias, trastornos del estado del ánimo (depresión), trastornos psicósomáticos, como: úlceras, cefaleas, contracturas musculares, entre otros.

La persistencia de los agentes estresantes durante meses o años produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y gravedad. El estrés genera alteraciones fisiológicas, pero su presencia crónica produce serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos o funciones vitales, por ejemplo, gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, hipertensión arterial, trastornos sexuales, disfunción laboral, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral y conductas antisociales. El estrés se relaciona con otras alteraciones de la salud y otros comportamientos habituales que no suelen ser mortales, pero que deterioran notablemente el funcionamiento normal, bienestar y calidad de vida de las personas que los padecen, por ejemplo: el asma, el dolor crónico, las alteraciones gastrointestinales, el insomnio, el alcoholismo, etc.

El estrés está determinado por la interacción entre situaciones potencialmente estresantes y características personales relevantes; esta interacción se produce en la percepción y la valoración que la persona hace de las situaciones potencialmente estresantes, y en la percepción y valoración de los recursos que tiene para hacer frente a estas situaciones. Son potencialmente estresantes las situaciones que pueden tener trascendencia para las personas, que implican cambios significativos en su vida cotidiana o que las obligan a sobrefuncionar para manejarlas o adaptarse a ellas. Estas situaciones tienen características como las siguientes:

- Amenazan la seguridad de las personas (su seguridad personal, económica o laboral), el cumplimiento de alguna tarea o compromiso, su autoconfianza, su autoestima, autorrealización, su imagen ante los demás, etc.

- Atentan contra los principios, valores y creencias fundamentales, contra normas o costumbres de funcionamiento personal o contra su propia intimidad.
- Exigen un sobre esfuerzo físico o mental, por ejemplo, tareas que requieren una actividad física intensa, tareas que exigen la máxima concentración, periodos de actividad sin descanso.
- Implican la toma de decisiones difíciles, la obligación de asumir responsabilidades y/o riesgos considerables.
- Implican someterse a evaluación social, situaciones en las que el comportamiento de una persona puede ser evaluado por otras que éste considere relevantes.
- Plantean problemas o conflictos difíciles de solucionar (una grave enfermedad).
- Conlleva la exposición a algo desagradable, doloroso, molesto o incómodo (estar en un hospital, someterse a reconocimiento médico doloroso, etc.)
- Supone la restricción de la actividad normal y/o la dependencia excesiva de los demás.
- Conlleva la realización de tareas monótonas, aburridas o poco interesantes o gratificantes.
- Propician la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso.
- Consisten en la agresión de otras personas, tanto la agresión física como la agresión verbal, o la agresión o el abuso a través de acciones de distinto tipo (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

El estrés según Lazarus y Folkman (1986) es: “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, por ello son de gran importancia los actos de evaluación cognitiva que determinan el valor de la amenaza.

Se distinguen tres tipos de evaluación: la primaria, la secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria, se centra en la situación, se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna; intervienen cuatro modalidades de evaluación: amenaza (la anticipación de un daño posible), daño/pérdida (son los resultados

de esa amenaza), desafío (es la valoración de la situación que hace el sujeto que conlleva resultados inciertos) y beneficio (es una valoración positiva que no inducirá a estrés).

La evaluación secundaria se concentra en la valoración de la propia eficacia que tendrán las medidas que adopte para hacer frente a la situación. Se trata de los recursos de afrontamiento que incluyen los recursos físicos (salud, energía), los recursos psicológicos (las creencias positivas) y las aptitudes (técnicas para la resolución del problema y habilidades sociales), los recursos ambientales de tipo social (apoyo social) y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios).

Finalmente la reevaluación son los procesos cognitivos que ocurren durante la interacción entre el individuo y las demandas. Una vez que se ha realizado la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida de la eficacia que tengan las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza, es decir, las estrategias de afrontamiento. Se entiende por afrontamiento aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Los recursos sociales para el afrontamiento, incluyen: 1) dirección: según sea aportado o recibido, o ambas cosas a la vez; 2) disposición: disponibilidad en cantidad y calidad, y utilización real de los recursos; 3) contenido: emocional, instrumental, informativo o valorativo; y 4) redes sociales, que constituyen la fuente de apoyo. Nieto et al. (2004) señalan que el apoyo social favorece la salud, por que se relaciona negativamente con el comienzo de la enfermedad o con otros problemas de salud, o porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno. Estos efectos del apoyo social se deben a una acción amortiguadora del estrés (eliminando o reduciendo el propio estresor o reforzando la capacidad del individuo para hacerle frente) o a que atenúa la experiencia del estrés una vez que éste se ha puesto en marcha.

No existe un sólo modelo aceptado por los investigadores que explique todos los aspectos de la forma de actuación del estrés, los múltiples modelos existentes parten de una concepción que reconoce la definición del estrés como transacción entre sujeto y ambiente, a la vez que otorga la debida importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles. El modelo de Sandin (1995, en: Pereyra, 2004) para explicar el estrés, tiene una relación muy estrecha con los modelos para el estudio del dolor crónico, porque contempla aquellos factores que mayor ingerencia tienen tanto en el tratamiento del estrés, como en el tratamiento del dolor crónico, factores que intervienen en el proceso de tratamiento desde la evaluación hasta la rehabilitación. Es decir, este modelo pone énfasis en factores que se desarrollan tanto en pacientes con estrés y pacientes con dolor crónico, por ello es importante conocer los preceptos del modelo. Ellos son:

- Demandas psicosociales: Comprende a los estresores ambientales;
- Evaluación cognitiva: Incluye los niveles de evaluación primaria y secundaria, así como los posteriores procesos de evaluación;
- Respuesta de estrés: Incluye el complejo de respuestas fisiológicas (neuroendocrinas y del sistema nerviosos autónomo) y las respuestas psicológicas, tanto emocionales como a nivel cognitivo y motor;
- Estrategias de afrontamiento: Los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para enfrentar tanto a las demandas externas como internas;
- Apoyo social: Disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo personal;
- Variables disposicionales: Incluye los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza, etc.;
- Estado de salud: Aunque esta variable depende de las anteriores, las conductas como fumar, beber alcohol o conductas de riesgo para la salud, pueden facilitar o inhibir los efectos del estrés.

A su vez, la experiencia del estrés comprende el nivel de participación de tres factores que intervienen en la evaluación del individuo en situaciones estresantes: los internos, los externos y los moduladores;

- Los internos se refieren al conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como parcialmente nocivas, peligrosas y desagradables.
- Los externos hacen referencia a los estresores ambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y la regulación homeostática o de ajuste del individuo.
- Los modulares, están constituidos por variables tanto del medio ambiente como del propio individuo que no están en relación directa con la respuesta del estrés, pero que actúan como condicionadores, moduladores o modificadores de la interacción entre los factores externos e internos de estrés; por ejemplo: el apoyo social, estados afectivos y/o características de la personalidad (personalidad tipo A o tipo C), o manejo de las situaciones adversas o la resiliencia en el individuo.

El estrés puede ser controlado mediante el manejo de técnicas específicas o a través de programas particulares diseñados según el tipo de demanda, los objetivos que persiguen (de tipo preventivo o asistencial), el nivel de aplicación (para organizaciones, grupos o individuos), las estrategias de intervención (cognitivas, conductuales, emocionales, mixtas), técnicas privilegiadas (inoculación del estrés, desarrollo de habilidades sociales, corrección de hábitos perniciosos para la salud, como eliminar el consumo del tabaco, control de la hipertensión, etc.). Un programa integral de intervención debe incluir, por lo menos, el desarrollo de recursos cognitivos y conductuales de afrontamiento eficaz, un programa adecuado de actividad física, aplicación de técnicas de relajación muscular, un plan equilibrado de actividades laborales, espacios de esparcimiento o descanso así como la aplicación de un régimen alimenticio apropiado (Oblitas y Becoña, 2000).

La inoculación del estrés se define como un programa breve, orientado predominantemente hacia estilos de vida, estrategias de afrontamiento y búsqueda del cambio individual o interpersonal, incluye:

- Acciones psicoterapéuticas para fortalecer el yo, y favorecer el enfrentamiento del individuo con situaciones estresantes.
- Gimnasia, deportes, caminatas. Está demostrado que 30 minutos de ejercicio ayudan a reducir los efectos negativos del estrés, aumenta el consumo de oxígeno; disminuye frecuencia cardiaca y presión cardiaca, quema grasa y reduce peso corporal.
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas o estimulantes, como el alcohol, tabaco, cafeína, la automedicación de psicofármacos y de pastillas para adelgazar u otras.
- Régimen alimenticio adecuado para evitar el exceso de grasa, glúcidos y sal. Incrementar las reservas de vitamina C y complejo B, la ingesta de fibras, frutas y vegetales y beber agua suficiente.
- Horarios de sueño y descansos adecuados que permitan al organismo recuperarse de las fatigas diarias.
- Ejercicios de relajación, fundamentalmente dirigidos por el terapeuta para un mejor aprovechamiento.

El estrés es un fenómeno presente en cualquier enfermedad, por ello es importante conocer su estudio y tratamiento. En caso del dolor crónico el estrés es un factor siempre presente que contribuye a que se alargue el proceso y se desarrollen otros síntomas, complicando el cuadro del síndrome. La expresión ciclo de dolor-estrés define la matriz neuropsicosocial existente o en desarrollo, en la que: a) el dolor tiende a intensificar la repercusión del estrés y b) el estrés magnifica la experiencia subjetiva del sufrimiento provocado por el dolor. Lo primero ocurre cuando la experiencia de dolor del paciente facilita el desarrollo de factores estresantes psicológicos, sociales y ocupacionales nuevos o secundarios y también al promover la tendencia del paciente a adoptar y depender de estrategias de afrontamiento inadecuadas, tales como la automedicación, el aislamiento social y el desarrollo de conductas reactivas al dolor de carácter generalizado. Lo segundo se refiere específicamente a las contribuciones de la estimulación autónoma y la tensión

musculoesquelética en el mantenimiento e intensidad de la experiencia de dolor del paciente (Warfield y Fausett, 2004).

El estrés, independientemente de su origen, puede provocar deterioro fisiológico y magnificar la experiencia del dolor a través de una serie de mecanismos. Es posible que las respuesta emocionales al estrés, ya sean de naturaleza física o psicológica, influyan en los sistemas reguladores de estrés del cuerpo, y estos a su vez, puedan causar daño tisular o lesiones que contribuyan a aumentar el dolor crónico.

El dolor es un síntoma presente en cualquier enfermedad, depende de múltiples factores que lo aumentan o mantienen, en cada padecimiento se presente de formas diferentes y el paciente lo percibe de formas distintas. En muchas ocasiones este permanece más allá del daño o enfermedad inicial convirtiéndose en dolor crónico, a continuación se hará una revisión de sus características.

CAPÍTULO 2

EL DOLOR Y SU TRATAMIENTO

2.1. Caracterización del dolor

El dolor es un síntoma importante de muchas enfermedades sobre todo de aquellas que son crónicas y, por su naturaleza requiere una revisión multidimensional que obligue a un cambio en la filosofía de la superespecialización hacia concepciones integradoras y multidisciplinarias (Domínguez y Vázquez, 2000). El dolor es parte del sistema de alarma que nos avisa que algo perjudicial está sucediendo, tanto los especialistas como las personas que reportan dolor comprenden pobremente los factores complejos que influyen en las quejas del dolor. Esta incomprensión tiene impacto en las tareas de diagnóstico y evaluación. El término dolor se refiere al sistema de señales, las terminaciones nerviosas especializadas en la periferia del cuerpo, que se activan por los estímulos pertinentes que envían impulsos nerviosos al cordón espinal o al tallo cerebral y de ahí al cerebro; por ejemplo, la nocicepción (daño potencial al tejido por el impacto de energía mecánica o térmica sobre terminaciones nerviosas especializadas que a su vez activan las fibras A-Delta y C, transmisión y recepción de estímulos dolorosos). La segunda modalidad de uso del término mezcla los sistemas de señales con las acciones emocionales cognoscitivas y conductuales que ocurren antes o subsecuentemente a la estimulación nociceptiva, y que se conceptualizan generalmente como emociones, respuesta o reacciones. El componente emocional del dolor, muchas veces abrumador, que sufren las personas en un episodio doloroso, eleva considerablemente la complejidad de los esfuerzos necesarios para aliviar el dolor o controlarlo.

El sistema del dolor como señal contiene elementos en común compartidos por el gusto, el olfato, la visión y la sensibilidad táctil. El dolor es el resultado neto de una serie de interacciones complejas de procesos neurofisiológicos y neuroquímicos que permiten que procesos psicológicos como la motivación, la emoción, la cognición y el aprendizaje modulen la percepción del dolor, la experiencia y la subsecuente respuesta conductual.

La definición del dolor más comúnmente utilizada es la proporcionada por La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS, por sus siglas en Inglés), la cual describe el dolor como “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada con daño potencial o actual en el tejido, descrito en términos de dicho daño”; el proceso se inicia fisiológicamente como nocicepción, la respuesta neuronal a un estímulo nocivo, siendo el dolor la percepción consciente de tal evento. Neuroquímicamente el evento comienza con la liberación de neurotransmisores almacenados en nociceptores que cumplen propósitos de protección. Desde un punto de vista psicofisiológico se define al dolor como un concepto abstracto que se refiere a: una sensación personal-privada del daño; un estímulo dañino que indica daño en el tejido; un patrón de respuesta que opera para proteger al organismo del daño. Las respuestas pueden describirse en términos que reflejan ciertos conceptos, en lenguaje neurológico, psicológicos, comportamentales o afectivos (Domínguez, 1996).

La experiencia subjetiva del dolor con el transcurso del tiempo contribuye al desarrollo de un síndrome complejo de comportamientos que pueden verse como la etapa final de una progresión que empieza con la nocicepción, por consiguiente, el problema radica menos en cuándo empieza la queja de dolor a mezclarse en un estilo de vida individual, que en cómo se origina el proceso. En el momento en que el dolor se vuelve crónico, algunos de los factores que adquieren importancia en su desarrollo son los de naturaleza individual como son: el síndrome del dolor por sí mismo, la incapacidad física asociada con la queja y la disfunción psicológica que acompaña al síndrome del dolor. La disfunción psicológica se centra alrededor de ese conjunto de síntomas que describen la intensidad, calidad, duración y locus de control.

Para comprender más a fondo debe hacerse una distinción de cuatro dimensiones del problema del dolor: nocicepción, dolor, sufrimiento y comportamiento doloroso

- Dolor: Estimulación nociceptiva que ingresa al sistema nervioso;
- Sufrimiento: Respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones, tales como pérdida de un ser querido, estrés, ansiedad, etc.;

- Comportamiento doloroso: Todas las formas de comportamientos generados por el individuo y que comúnmente se considera que refleja la presencia de nocicepción, incluyendo lenguaje, expresión facial, postural, búsqueda de atención de cuidados de salud, ingesta de medicamentos y abandono del trabajo.
- Otras dimensiones pueden considerarse en la problemática como son: el contexto social y ambiental en el que ocurre el dolor.

Un comportamiento doloroso o conductas de dolor son un conjunto de operantes definidos por su efecto social: la comunicación de un estado, entendido o descrito como dolor. Un conjunto de comportamientos socialmente significativos e interpretados como indicación o señal de lo que le sucede al que los emite. Un grupo de conductas de dolor, comprende las verbales, ya sea en categoría de queja, ya sea como información específica. Otra modalidad de conductas de dolor son el consumo de medicamentos, las maniobras analgésicas, el reposo, determinados movimientos (protectivos o rígidos) o ciertas expresiones faciales o vocalizaciones. Su diversidad de origen hace que en cada individuo, según su particular historia, se configure un repertorio peculiar e idiosincrático.

Basándose en la evidencia neurofisiológica y neuroanatómica, se indica que las conductas o las respuestas del dolor pueden tener una relación variable con la estimulación nociceptiva (Domínguez, 1996). Los cambios en el procesamiento sensorial y los sistemas de transmisión en respuesta a la estimulación nociceptiva duran sólo unas pocas horas, lo cual sugiere que los efectos de la plasticidad, conducidos en el sistema nervioso, no son suficientes por sí mismos para influir significativamente en el dolor crónico de varias semanas o meses de duración. La respuesta del sistema nervioso central puede continuar después de la terminación nociva, comprometiendo por lo tanto, el vínculo inferido entre la estimulación aversiva y la respuesta de dolor. Las respuestas dolorosas pueden estar vinculadas tanto con eventos imposibilitadores como con sensaciones, especialmente en relación con el papel de las emociones y con la naturaleza del sufrimiento. Así resulta insuficiente ver el dolor exclusivamente como una sensación o como un sistema sensorial de transmisión de señales. El dolor combina el sistema de señales con las acciones cognoscitivas, emocionales y conductuales que se presentan subsecuentemente a la

estimulación nociceptiva, y que generalmente se conceptualizan como emociones, respuestas o reacciones. Estas relaciones están influidas por las experiencias previas y la anticipación de las consecuencias derivadas de esa experiencia, así como por el estado del “humor”. Las conductas de dolor también son influidas y pueden ser instigadas por señales que indiquen las consecuencias confrontadas por el sujeto respondiente. Las conductas dolorosas no están ligadas exclusivamente con el tiempo del estímulo nociceptivo, y dentro de ciertos límites, son variables dependiendo de la intensidad de la estimulación nociva. El estado de humor y la estimulación nociceptiva clínica o subclínica interactúan para influir en lo que se percibe, en como la persona se siente y si estos sentimientos conducen al reporte del dolor u otras conductas dolorosas. Las conductas de dolor, incluyendo reporte verbal de éste, deberían concebirse como una comunicación social y no meramente como una métrica del dolor o de la nocicepción.

En el sistema nervioso central interactúa una mezcla de modalidades sensoriales con estados emocionales, de sensaciones y humor y de la anticipación cognoscitiva de las consecuencias potenciales. Un estímulo aversivo puede llevar a la percepción de dolor, pero los estados emocionales activos influyen sobre la magnitud en que se percibe el estímulo aversivo. Estos estados emocionales también afectan los procesos fisiológicos (la tasa cardiaca, la presión sanguínea, la tensión muscular) los cuales retroalimentan, realzando la percepción de lo que está ocurriendo, el significado asignado a esto, las consecuencias inferidas de lo que va a continuar y las acciones que se inician en respuesta. La percepción de la naturaleza y el significado de la información sensorial entrante sobre cómo el cuerpo responde fisiológicamente y qué acciones se ejecutan, así como de la anticipación del futuro, están interconectadas de manera muy compleja.

Debemos entender que la experiencia del dolor resulta de la interacción e influencia recíproca de una amplia red de factores: fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales, culturales. Por una parte, los factores físicos pueden provocar y mantener distintas dolencias, los factores psicológicos, es decir, los procesos afectivos y cognitivos, influir en la percepción de la experiencia subjetiva interna, y los factores

sociales (los procesos de socialización y aprendizaje), modular la percepción de la estimulación nociceptiva y moldear las respuestas del organismo.

Las conductas de dolor, moldeadas por los procesos de socialización y aprendizaje, también interactúan y modulan a los factores biológicos, por ejemplo, la conducta de evitación es una respuesta refleja que ha de permitir reducir y/o eliminar el daño. Existen importantes relaciones entre los factores psicosociales y el dolor en pacientes con fibromialgia (dolor en los músculos, ligamentos y tendones), donde los factores que tienden a aumentar el dolor incluyen la presencia de ansiedad, depresión, el estrés, los trastornos del sueño y las creencias o estrategias de afrontamiento maladaptativas (Galindo, 2004).

Emociones como el miedo, la ansiedad, cierta preocupación por la posible aparición de problemas futuros, influyen en la experiencia de dolor. Con el tiempo también aparece frustración, rabia, incluso desesperación por no poder seguir haciendo lo que tanto gustaba hacer. Pensamientos negativos acerca de la naturaleza, evolución y pronóstico del problema son comunes. Los hallazgos de investigaciones controladas han demostrado, que los pacientes con dolor crónico con frecuencia están psicológicamente en estado de distrés, en tales condiciones de hipervigilancia casi cualquier estímulo puede contribuir a una elevación de la intensidad y desagrado del dolor (Domínguez y Olvera, 2003b).

Cuando los tratamientos médicos disponibles no curan el dolor, los pacientes molestos e iracundos por los costos y la no-efectividad, tienden a distanciarse de las instituciones de salud. La automedicación es la opción explorada, a medida que su estado de distrés se intensifica y prolonga, sus quejas recurrentes contribuyen a una espiral de estados emocionales negativos, que junto con el aislamiento alcanza su punto de efervescencia, cuando el dolor puede haberse iniciado como un problema físico se mezcla con dimensiones psicológicas e interpersonales (Domínguez y Montes, 2000). Los pensamientos estresantes pueden contribuir a elevar la percepción de la intensidad del dolor solamente en aquellos sitios anatómicos del cuerpo, que físicamente ya están vulnerables. Los factores psicológicos pueden influir indirectamente en el dolor afectando la manera en que se afronta. Por ejemplo, un estado prolongado de desesperanza y desamparo puede

tener un efecto significativo en la percepción del dolor. El sentimiento de pérdida de control sobre el cuerpo, puede mermar el estado emocional e iniciar una cadena de cambios fisiológicos; abstenerse sistemáticamente de ejecutar ciertos movimientos o actividades ante el temor anticipado de que regrese el dolor, puede elevar directamente el dolor crónico. Adicionalmente las relaciones con algunas personas, puede elevar la incomodidad y consecuentemente el dolor (Domínguez, Olvera y Silva, 2002).

Los factores físicos, por su parte, también afectan a los psicológicos, por ejemplo, el tipo de lesión o daño sufrido, el mismo uso de determinados componentes analgésicos, más aún, podrían provocar la aparición de otros síntomas, que erróneamente, podrían ser interpretados como dolor y reforzar una visión pesimista, catastrófica del problema.

Es importante distinguir entre el dolor y el sufrimiento, y de esta manera separar el dolor como una señal de las reacciones y emociones que las personas exhiben cuando comunican que tienen dolor. La experiencia del dolor provoca sufrimiento. El sufrimiento tiene significados e implicaciones internas y externas, tanto individuales como colectivas. Por un lado, la experiencia subjetiva e individual de sufrimiento, por otra, la experiencia externa y de comunicación de ese estado. En el dolor crónico ambos aspectos, la experiencia interna e individual del sufrimiento y las conductas de dolor, expresión de ese estado interno, son inseparables.

El sufrimiento puede ser un estado de ánimo-ambiente de la persona en el momento en que un problema de dolor se indica o cuando se rotuló y percibió por primera vez. Alternativamente, con la presencia de estimulación nociceptiva, el ánimo puede experimentar manifestaciones de sufrimiento cuando se anticipa el curso futuro. El futuro puede ser obscurecido o aversivo debido a la anticipación de los efectos percibidos de daño corporal en el funcionamiento futuro, el pesimismo asociado con el futuro puede ocurrir por razones totalmente desvinculadas del dolor. No siempre el dolor causa sufrimiento y tampoco todo sufrimiento es consecuencia del dolor, pero los pacientes describen el sufrimiento utilizando el lenguaje del dolor.

En un intento por estandarizar las clasificaciones de los síndromes del dolor y servir como punto de referencia La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propone una taxonomía a partir de cinco ejes:

- Región o zona corporal,
- El sistema que supuestamente podría estar provocando el dolor debido a su mal funcionamiento,
- Características temporales del dolor y patrón de aparición,
- Valoración del paciente sobre la intensidad del dolor y tiempo transcurrido desde la aparición del mismo, y
- Supuesta etiología (Miró, 2004, p. 37).

Una clasificación que tiene mayor interés para todos los agentes de salud implicados, es aquella basada en criterios temporales y duración. Así, se distingue entre dolor agudo y dolor crónico, su importancia no reside en la diferencia temporal, sino en la naturaleza de los fenómenos y los cambios a los que este puede dar lugar, así como al pronóstico asociado, a los factores involucrados y a los tratamientos que se prescriben. (Ver tabla 2)

Según Gildenberg (1989): el dolor agudo es aquel que resulta en forma directa de una estimulación nociva; por ejemplo, inflamación, estiramiento, etc.; a menudo causa reflejos apropiados de protección, posturas y posición de guardia y proviene de la estimulación de estructuras nerviosas que suelen identificarse como clásicas vías de dolor. Se trata de un tipo de dolor de aparición reciente y corta duración. La intensidad es mayor en el momento de su aparición. El dolor quirúrgico, por ejemplo, es un tipo de dolor agudo. El dolor agudo es una señal que alerta al individuo. La experiencia de dolor hace que quien lo padece se cuestione por su causa, el origen de la dolencia, y busque una solución al problema. Las características básicas del dolor agudo resultan de la combinación entre la lesión, el dolor y la ansiedad. Para distinguir los aspectos fundamentales entre el dolor agudo y dolor crónico ver tabla 2.

Tabla 2. Diferencias fundamentales entre el dolor agudo y el dolor crónico.
(Miró, 2004)

Dolor	
Agudo	Crónico
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio como consecuencia de un daño tisular • Se le equipara a un signo de alerta pues sirve para promover la recuperación • Duración breve • La cantidad de dolor experimentado es, en buena medida, proporcional a la lesión que los provoca • Responde a los tratamientos dirigidos a la restauración del daño tisular • Respuesta negativa o escasa al tratamiento mediante morfina u otros opiáceos • Alteración de los índices autonómicos (incremento en la tasa cardíaca y respiratoria) • Correlación entre índices autonómica, verbales y conductuales. • Generalmente no hay afecciones a nivel vegetativo • Asociado generalmente a la ansiedad • Descrito en términos de sus cualidades sensoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> • En peral, su inicio es como el dolor agudo • Carece de valor biológico y es destructivo física, psicológica y socialmente • Larga duración, más allá de lo que cabría esperar • Se mantiene aun a pesar que la herida ha sanado • No existe relación aparente entre la magnitud de la lesión y el dolor experimentado • No responde a los tratamientos encaminados a restaurar el daño físico • Responde positivamente a su tratamiento mediante morfina u otros opiáceos • Frecuentemente no presenta trastornos en los índices autonómicos • Escasa o nula relación entre índices autonómicos, verbales y conductuales • Provoca la aparición de signos vegetativos (trastornos del sueño, decremento de la libido) • Funcionamiento asociado a la depresión, también problemas de ansiedad • El paciente lo describe en términos afectivos

El dolor aparece como proporcional a la magnitud de la lesión y está típicamente asociado a cambios en los índices de actividad autonómica. También es cierto que distintos factores, como, la conceptualización del problema por el paciente, las circunstancias o los motivos por los que aparece afectan a la percepción, y por tanto, a la experiencia del dolor.

El dolor crónico es un tipo de dolor que dura mucho tiempo, al grado que muchas personas fijan hasta seis meses como límite arbitrario. Sobrepasa al problema agudo que originó el dolor y ya no tiene ningún propósito biológico útil, lo acompaña un amplio componente de sufrimiento; además, la percepción del dolor por sí mismo conduce al paciente a

deprimirse. A veces incapacita más allá de lo que justifica alguna etiología fundamental, el enfermo muestra deterioro excesivo (Gildenberg, 1989). Los elementos que se consideran en la definición clínica del dolor crónico son: el tiempo transcurrido y el hecho de que, durante el mismo, el paciente haya recurrido a los servicios de los profesionales y éstos hayan actuado de la forma convencionalmente considerada válida y su intervención se haya demostrado ineficaz (Penzo, 1989).

Dentro del cuadro psicológico del dolor crónico se dan de forma predominante los fenómenos de incapacitación, de invalidez y de exigencia de ajustes adaptativos y de cambios en los estilos de vida, que constituyen la principal materia de aplicación de la psicología. “Cuando el dolor crónico se trata como si fuera agudo, hay muchas posibilidades de desarrollar y reforzar la conducta dolorosa y la actitud de la enfermedad; es común el mal tratamiento del dolor crónico, por ejemplo, con el descanso excesivo, el desuso y sobreprotección” (Warfield y Fausset, 2004).

En función de la gravedad de la patología de base, suelen distinguirse dos tipos de dolor crónico. Por un lado, el dolor crónico benigno, se trata de un dolor asociado a trastornos o enfermedades benignas, es decir, que no están relacionadas al cáncer; como ejemplo la cefalea (dolor de cabeza). Por otro lado, el dolor crónico progresivo, es un dolor secundario o asociado a procesos malignos, prototipo de éste es el dolor neoplásico. Una segunda clasificación en función del curso del dolor, es el dolor crónico periódico o recurrente y el dolor crónico continuo. El primero de naturaleza intermitente, episódico, un ejemplo de ello es la migraña. El segundo, identifica un dolor que está siempre presente, aunque puede variar de intensidad y aversividad; ejemplo de este último es el dolor de espalda.

La experiencia de vivir con dolor crónico intenso un largo periodo, genera diversas reacciones en cada paciente. Pueden modificarse los procesos mentales normales y las actividades personales y cuando el dolor se manifiesta en la conducta llegan a alterarse las relaciones sociales normales (Fishman, 1989). El verdadero reto para el enfermo no es sólo tolerar el estrés generado por el dolor, sino aquel otro que resulta de la frustración ante el

fracaso de establecer relaciones personales o interpersonales que tiene que ver con sus necesidades y aspiraciones.

Otras fuentes de estrés y sufrimiento son la concepción equívoca respecto al significado del dolor y al proceso de curación de la lesión o de la enfermedad, así como las mal interpretadas (de parte del paciente) o mal hechas (de parte del médico) prescripciones de inactividad, tales fuentes de estrés son capaces de alargar el período de recuperación y de contribuir a la incapacidad crónica. La presencia de factores adicionales de estrés, imprevistos (enfermedad, divorcio) o desarrollados (menopausia, jubilación) puede complicar aún más la situación. La adecuación de mecanismos de defensa con el nivel de adaptación al estrés del dolor crónico depende de numerosos factores sociales y psicológicos que podemos considerar como conductas de dolor.

Para Fordyce (1989), las conductas de dolor permanecen más allá del tiempo de curación por la interacción de un grupo de factores. Uno es la falta de costumbre y la sobreprotección prolongada, que a menudo alienta la familia y aún el médico. El segundo es confundir el dolor con sufrimiento. El tercero es el refuerzo dentro del ambiente de las personas, de la conducta que se inició a causa del dolor o del padecimiento. El sufrimiento, que es el componente emocional del problema del dolor, aparece cuando la persona cree que el dolor actual afectará o amenazará de alguna manera su vida en un futuro inmediato.

Desde el punto de vista del análisis psicológico, el dolor crónico constituye un cuadro complejo, definido por la presencia de un conjunto de problemas específicos, los más importantes son:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos tanto profesionales como controlados por él paciente y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz.
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico. La información de que dispone y que proporciona el paciente es confusa y ambigua.

- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física, agravados a menudo por la coincidencia con la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteración del humor y estados del ánimo.
- Reducción en el nivel de actividad funcional. Deficientes repertorios de habilidades en diversas esferas adaptativas, por falta de aplicación.
- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas del dolor.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativas o distracciones.
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y los cuidados del paciente. Falta de autonomía personal.

Turner y Chapaman (1982 en: Miró, 2004), apuntan que el proceso de cronicidad altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente de manera que aparecen importantes y complejos cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a perpetuar los síndromes de dolor crónico. El síndrome de dolor crónico hace referencia a un tipo de dolor persistente, duradero, que no remite utilizando el tratamiento médico habitual, en el que la patología orgánica de base es inexistente o no justifica las conductas de dolor, las quejas del paciente.

Dentro del síndrome de dolor crónico la depresión es el trastorno asociado más frecuente. También se observan otros problemas emocionales, tales como la ansiedad, la ira o la hostilidad. Es habitual detectar déficits cognitivos y/o conductuales; por ejemplo, el pensamiento aparece más lento, su atención hacia el mundo exterior es limitada ya que, en

general, la restringen a su propio problema o incapacidad; también existen problemas de concentración y de memoria y de control de los impulsos. La pérdida del apetito en algunos casos, los problemas de sueño o la pérdida de la libido, en otros. Los problemas de relación familiar y de interacción social. El deterioro físico y los problemas de discapacidad (laboral) caracterizan a una gran parte de esta población. Como se puede ver en la tabla 3.

Tabla 3. Características de los síndromes de dolor crónico (Miró, 2004).

<p>Características generales</p> <p>Se define a los síndromes de dolor crónico intratable (benigno) como un problema de dolor progresivo que:</p> <ul style="list-style-type: none">• No se puede relacionar con ningún problema fisiológico o anatómico actual de carácter patológico.• Tiene una historia de intervenciones médicas y quirúrgicas generalmente ineficaces.• Se presenta asociando con un funcionamiento personal psicosocial desajustado, en el que se incluye la queja del dolor y los problemas secundarios asociados que le acompañan. <p>Problemas asociados</p> <ul style="list-style-type: none">• Trastornos por abusos de sustancias (alcohol, drogas).• Tratamientos farmacológicos y quirúrgicos con los efectos secundarios propios, distintos de los relativos a la categoría anterior.• Reducción de la actividad física.• Discapacidad física progresiva secundaria al dolor, a la anticipación de posibles episodios de dolor, y al miedo de que el aumento de dolor sea un signo de un aumento en el daño físico subyacente.• Desesperanza y desesperación ante la evidencia de que el dolor no remite ante los mejores y más sofisticados tratamientos.• Conflictos con el personal sanitario por las experiencias negativas con los tratamientos practicados.• Conflictos con allegados.• Cambios desagradables del estado de ánimo duraderos.• Pérdida de la autoestima y de confianza en sí mismo.• Disminución progresiva de las interacciones sociales así como pérdida de las gratificaciones asociadas a esas interacciones.• Depresión.• Ideas suicidas.• Disminución de la habilidad para obtener satisfacción de la vida, que contribuye a una profunda desmoralización y, a veces, a la depresión.• Trastornos del sueño.• Irritabilidad.• Fatiga.• Problemas cognitivos y de memoria.• Cinesiofobia (evitación de ciertas actividades debido al miedo a una nueva lesión o a volver a experimentar dolor).• Pérdida del puesto de trabajo.

Como ya se ha revisado el dolor crónico es multidimensional, lo cual representa una complejidad en su estudio e investigación, así también lo es en cuanto a la evaluación, tanto

la médica como la psicológica, siempre considerando que las dos están relacionadas y ninguna es excluyente.

2.2. Evaluación médica.

La evaluación médica de la persona que presenta un problema complejo de dolor crónico es una tarea lenta y desgastante para el paciente, tanto como en lo psicológico como en lo fisiológico. Además del examen médico, la evaluación psicológica es esencial para confirmar un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico adecuado. Los objetivos pueden alcanzarse eficazmente dentro del marco de un programa multidisciplinario contra el dolor, particularmente en personas que han consumido ya grandes cantidades de recursos asistenciales. La evaluación médica del dolor entraña la obtención de un diagnóstico preciso que permita elaborar estrategias terapéuticas óptimas. De principio sería identificar si la persona tiene dolor agudo o dolor crónico, y cuando es de este último tipo, si es consecuencia de cáncer o de un cuadro patológico no canceroso. También es importante definir si no se ha pasado por alto alguna enfermedad orgánica o si alguna surgió durante el curso del problema de dolor. Resulta esencial contar con una descripción detallada del sitio y la distribución del dolor, sus características, intensidad/periodicidad y duración.

El dolor es clasificado por médicos en circunscrito, proyectado (transmitido o proyectado), irradiado o reflejo (simpático) en su distribución. Las características del dolor indican si el factor causal está en el plano superficial o profundo. El dolor que surge con una lesión superficial suele ser penetrante, quemante y perfectamente circunscrito, mientras que el que origina trastornos somáticos o viscerales profundos es sordo y difuso y de localización poco precisa. La intensidad del dolor se basa en las afirmaciones del enfermo y la capacidad del explorador para evaluar la personalidad y el estado físico de la persona. En cuanto a la duración y periodicidad hay que determinar si el dolor es continuo, intermitente, pulsátil o si aumenta y disminuye de intensidad en oleadas.

El dolor en general y de tipo crónico en particular tiene efectos generalizados, por lo que es importante una evaluación del estado físico, neurológico, musculoesquelético y psicológico

del individuo, a fin de corroborar el diagnóstico preciso. La exploración física define la posición y la competencia del médico en aspectos técnicos y clínicos para el paciente. Se evalúa el aspecto general de la persona, así como la región dolorosa, la exploración comprende inspección, palpación y percusión y a veces auscultación de la región (Loeser, 2001, cap. 12).

Otro objetivo de la evaluación y el proceso terapéutico es evitar la fragmentación de la atención clínica. Las personas que padecen dolor crónico han tenido ya múltiples interacciones con sistemas asistenciales, a través de diversos contactos con médicos, por lo cual podría suponerse erróneamente que la persona ha recibido atención integral, coordinada y vigilada por medio de la exploración física, además de tratamiento coordinado a base de fármacos, y la evaluación y el tratamiento psicológicos necesarios (Loeser, 2001).

La evaluación de la experiencia de dolor crónico debe estudiar un conjunto amplio de parámetros que incluyen: nocicepción, dolor, conductas de dolor, discapacidad y sufrimiento, lo que se propone es evaluar a la persona, y no concentrarse exclusivamente en el problema del dolor.

Al interrogar a la persona sobre los antecedentes de su dolor y explorar la zona adolorida, resulta esencial contar con una descripción detallada del sitio y la distribución del dolor, actividades que aminoran o exacerban el dolor, uso de medicamentos prescritos o automedicación de drogas. Respecto a las quejas del dolor, el origen: incluyendo cuándo y cómo empezó el dolor, tratamientos previos y respuestas subsecuentes, la percepción que tiene el paciente del problema, historia médica y quirúrgica del paciente y su familia.

Después de obtener la historia (recabada durante la entrevista), se procede al examen físico general. Los resultados de éste pueden correlacionarse con la sintomatología del dolor, en un esfuerzo por indagar la validez de los hallazgos físicos, como, por ejemplo, las funciones sensorial y motoras. Esto incluye un examen cuidadoso del área de dolor, observación de su apariencia, palpación del área y manipulación para determinar aspectos como el rango de movilidad. Esta secuencia está diseñada para identificar el área o tejido

específico que puede ser el origen potencial del dolor, y como un esfuerzo para determinar un plan específico de tratamiento (Loeser, 2001).

2.3. Evaluación psicológica.

La evaluación psicológica del paciente con dolor crónico se recomienda en aquellas ocasiones en las que los problemas físicos son inexistentes o insuficientes para explicar el dolor que informa el paciente. Sin embargo, la evaluación psicológica es útil en muchas otras circunstancias. Concretamente en aquellos casos en los que sospechan que los factores psicológicos y sociales influyen significativamente en el problema del dolor. El objetivo fundamental de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico es determinar el papel que juegan los factores psicológicos y sociales en la experiencia del dolor. La evaluación está enfocada en cómo actúan y qué recursos y facilidades existen para favorecer el tratamiento. La evaluación psicológica consisten en:

- Evaluar la historia del problema del dolor.
- Conocer los tratamientos seguidos así como sus efectos.
- Identificar el nivel de funcionamiento personal previo a la aparición del problema.
- Conocer la teoría del dolor del paciente (ideas, esquemas preconcebidos).
- Establecer el nivel de actividad actual basal.
- Clarificar las ventajas e inconvenientes que puede representar el dolor crónico.
- Identificar los factores psicosociales asociados al problema del dolor crónico.
- Diferenciar los antecedentes y consecuencias del problema.
- Establecer objetivos de tratamiento.
- Identificar las bases para diseñar un programa de intervención adaptado a las necesidades y características del paciente.
- Evaluar los progresos realizados durante y tras la aplicación del tratamiento.
- Contrastar la satisfacción del paciente con el tratamiento y los progresos realizados.
- Seguimientos de los progresos del paciente.

La evaluación del paciente con dolor crónico, la mayoría de las veces, es individual, pero, es fundamental mantener entrevistas con los familiares y/o amigos del paciente, personas significativas que pueden aportar información que resultará vital para el tratamiento.

El dolor, como ya se dijo es un fenómeno complejo, que comprende múltiples dimensiones, con diferentes niveles y unidades de interés, es un acontecimiento subjetivo que cada persona experimenta de forma particular. Los instrumentos específicos para la evaluación de estas personas deberán: ocasionar los menos problemas posibles, no deben representar un trastorno para los pacientes; ser comprensibles; mostrarse válidos, fiables, a la vez de sensibles a los efectos de los tratamientos y disponer de normas estandarizadas. La actividad del psicólogo encargado de evaluar y tratar pacientes con dolor crónico debería darse en un contexto de colaboración multidisciplinaria, con la colaboración de especialistas en áreas distintas, complementarias, por ejemplo, neurólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.

La evaluación psicológica define los factores psíquicos y conductuales que intervienen en la perpetuación del dolor, la discapacidad y el sufrimiento, para poder intervenir adecuadamente y modificar tales perfiles. El resultado de la evaluación sería la síntesis de la información reunida, dando origen a una lista de problemáticas que se presentan y la injerencia de fenómenos psicológicos y conductuales específicos al sufrimiento y la discapacidad del paciente. Según estos datos se abordarían determinadas estrategias terapéuticas.

La evaluación psicológica comienza con la entrevista al paciente, durante ella se postulan expectativas, plantean objetivos y formulan pronósticos. La entrevista varía en cuanto a estructura, pero también en cuanto al proceso, la amplitud, los objetivos y la información recogida. Para el presente trabajo se eligió a manera de ejemplo una entrevista semiestructurada, ya que permite disponer de un protocolo que facilita el trabajo clínico, permite recoger información fundamental y cubre todas las áreas relevantes sobre la problemática del dolor. (Ver anexo 1).

Esta entrevista permite conocer a fondo al paciente; en lo médico, el terapeuta puede entender el padecimiento y como ha sido tratado, la medicación y su frecuencia, el empleo de los recursos sanitarios y el nivel de participación del paciente en el proceso de recuperación. En lo psicológico, la entrevista permite descubrir los fenómenos relacionados con el dolor, las estrategias de afrontamiento que se han empleado, los recursos que emplea o intenta en el transcurso de su enfermedad.

Algunos instrumentos con los que se evalúa el dolor crónico, se utilizan para hacer una evaluación completa del paciente, estos instrumentos varían según sea la intensidad, frecuencia y algunas características que acompañan al dolor crónico; además de que su empleo difiere según los objetivos planteados y la dirección del tratamiento a los que se dirige el terapeuta. Estos instrumentos surgen desde la perspectiva médica, ya que el estudio del dolor primero fue abordado por especialistas médicos que a través de sus investigaciones le fueron dando mayor importancia a los fenómenos psicológicos presentes en los pacientes con dolor crónico. Estas investigaciones arrojaron diferentes instrumentos que más adelante se estructuraron desde la perspectiva psicológica. Entre ellos están:

2.3.1. Evaluación de la intensidad de dolor. Consisten en descripciones verbales o visuales que permiten que el paciente cuente con un procedimiento sencillo para señalar la intensidad personal de dolor. Son escalas unidimensionales, concretamente: escalas categóricas, numéricas y analógico-visuales.

2.3.1.1. Escalas categóricas: consisten en una serie de palabras dispuestas en orden creciente o decreciente de intensidad. El sujeto debe escoger dentro de esas palabras á que corresponde o mejor define su dolor. Dichas escalas han sido más eficaces en ancianos no acostumbrados a cuantificar sus experiencias, en personas con limitaciones de lenguaje o de fluidez verbal y en sujetos jóvenes o de baja escolaridad. Por ejemplo, escalas de cuatro adjetivos (Seymour, 1982, en: Miró, 2004) y quince adjetivos (Gracely, McGrath y Dubner, 1978, en: Miró, 2004).

<p>Escala de cuatro adjetivos</p> <p>Ningún dolor</p> <p>Un poco</p> <p>Bastante</p> <p>Mucho</p>	<p>Escala de Quince adjetivos</p> <p>Extremadamente débil</p> <p>Muy débil</p> <p>Débil</p> <p>Muy suave</p> <p>Suave</p> <p>Muy moderado</p> <p>Ligeramente moderado</p> <p>Moderado</p> <p>Levemente fuerte</p> <p>Ligeramente intenso</p> <p>Fuerte</p> <p>Intenso</p> <p>Muy fuerte</p> <p>Muy intenso</p> <p>Extremadamente intenso</p>
--	---

En ocasiones, se utilizan escalas con expresiones faciales o con dibujos que incorporan objetos familiares de distinto tamaño, tales como monedas y frutas (Miró, 2004).

2.3.1.2. Escalas numéricas: El paciente debe elegir un número comprendido entre 0 y el 10, donde 0 sería ningún dolor o ausencia de dolor y el extremo opuesto, 10 o 100, el peor dolor posible o el dolor más intenso. También, estas escalas son empleadas para evaluar la desagradabilidad o la aversividad, esto es, el componente afectivo, de la experiencia del dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor					El peor dolor					

Escala Numérica

2.3.1.3. Escalas Análogo-visuales. La forma más común consiste en una línea de una longitud de 10 cm., a lo largo de la cual el sujeto debe trazar una marca que corresponda con la intensidad de su dolor, teniendo como referencia que el punto de inicio de la línea corresponde con la intensidad de dolor.



Escala análogo-visual

Estas escalas permiten al terapeuta valorar la intensidad del dolor como medida base de la percepción del dolor del paciente, esta medida es sensible al tratamiento.

2.3.2. Dibujo del dolor. El dibujo del dolor es una forma fácil y rápida, eficaz, de recoger información sobre la localización del dolor. Se presenta al paciente un dibujo de una figura humana, vista de frente y de espaldas. Los pacientes deben señalar la localización exacta del dolor en los dibujos que se presentan. La forma más habitual es pedir al paciente que coloque marque o rellene las áreas del dibujo que se correspondan con la zona de su cuerpo en las que siente dolor. (Ver anexo 2, imagen tomada de Miró, 2003).

El dibujo del dolor representa en forma gráfica la zona en que al paciente le aqueja el dolor, es más fácil de exponer, el terapeuta ubica la zona de dolor con mayor precisión, complementa la información del dolor y le sirve para futuras consultas o aprovecharlo en el tratamiento. En una técnica grupal de relajación puede servir de apoyo para poder intervenir en la zona exacta que el paciente reporta, haciendo más efectivo el trabajo.

2.3.3. Diario del dolor. El diario del dolor es uno de los procedimientos de evaluación más ampliamente utilizados por clínicos (médico y psicólogos) de todas las tendencias. La información que proporciona tiene que ver con las características del dolor, principalmente estimaciones de intensidad y con otros acontecimientos, como el tipo de actividad realizada o los medicamentos administrados. El diario se debe llenar tantos días como terapeuta y paciente consideren oportuno.

Los pacientes deben recoger información en diferentes momentos del día, tanto si tienen dolor como si no lo tienen. Los diarios son muy útiles para detectar pautas regulares,

patrones, en cuanto a la intensidad del dolor, el dolor puede ser más intenso durante alguna hora en particular o en algunos días de la semana. También aporta información sobre el uso de medicamentos, regularmente el paciente recurre a la automedicación o abuso de los mismos. Los diarios permiten identificar si existen problemas derivados del deterioro físico del paciente o problemas de discapacidad. El diario del dolor es una forma de registro de gran valor para la evaluación del paciente con dolor crónico, considerando que se puede modificar según las necesidades de la población o del paciente en particular (Ver anexo 3.).

2.3.4. El cuestionario McGill del Dolor. Es una escala multidimensional que por su efectividad y validez se utiliza ampliamente en los estudios del paciente con dolor crónico. Valora el dolor en tres dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativo. El instrumento incluye 20 grupos de palabras que describen el dolor, el paciente escoge el grupo que mejor corresponde a su síntoma y encierra en un círculo los términos que mejor lo describen dentro de cualquier grupo particular. Cada grupo incluye dos a seis palabras cuya intensidad denotada varía respecto a las características descritas. Los diez primeros grupos representan características sensoriales; los cinco siguientes, características afectivas; el grupo 16 es evaluativo (intensidad); y los últimos cuatro incluyen términos diversos. Se cuantifica cada dimensión y tener una suma total. (Consultas del cuestionario en: Miró, 2003, p. 129; y en: Loeser, 2001, p. 378).

2.3.5. Inventario multidimensional del dolor de West Haven-Yale. Conceptualmente está vinculado a la perspectiva cognitivo-conductual, evalúa múltiples dimensiones de la experiencia del dolor, cuyo objetivo es integrar múltiples datos, tanto de naturaleza médica, como psicológica y conductual. Aporta datos de cómo el paciente vive su experiencia del dolor. El inventario, de 56 reactivos, comprende tres partes: primera parte: cinco dimensiones generales de la experiencia del dolor y el sufrimiento, interferencia en las funciones familiares y laborales normales, y apoyo social; segunda parte: percepción por parte del paciente de las respuestas de los demás a las expresiones del dolor y sufrimiento; y tercera parte: frecuencia de participación en actividades de la vida diaria. (Consultas del inventario en: Miró, 2004, p. 111; y en: Loeser, 2001, p. 378).

La variedad de instrumentos de evaluación se debe a que cada instrumento pretende evaluar aspectos diferentes del dolor. No hay uno que pueda evaluar todos los aspectos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento del dolor. Por ello es muy importante tener en cuenta qué tipo de información es la que se requiere recabar para la evaluación de determinado tipo de dolor o paciente. Para la presente investigación la evaluación se enfocaría en la percepción que el paciente tiene del dolor así como las conductas relacionadas con el dolor. El diario del dolor es una excelente opción de evaluación ya que se puede modificar para obtener información específica en la intervención que se pretende aplicar. La entrevista semiestructurada puede aportar la información complementaria para reforzar el proceso de rehabilitación y posibles modificaciones al programa de intervención.

Las decisiones en cuanto a las estrategias a emplear y duración del tratamiento son influidas por factores como la dependencia de fármacos, la activación del paciente, y perfiles arraigados de refuerzo social sobre conductas de enfermedad; es decir, el grado en que las variables como el refuerzo social, las ideas y creencias del sujeto en cuanto al dolor, las reacciones cognitivas y conductuales hacia éste, los conflictos familiares, la depresión y/o el estrés, que intervienen en los problemas del dolor, determinan si el programa de intervención debe incorporar estrategias como las técnicas de terapia conductual, de tipo cognitivo-conductual o familiar, entre otras.

2.4. Intervención psicológica

El tratamiento del dolor desde un punto de vista médico consiste idealmente en remover la causa subyacente orgánica. Algunos clínicos comienzan por conceptualizar el síndrome del dolor crónico como cualquier fracaso dirigido a la eliminación de la nocicepción de la terapia extensa incluyendo las cirugías. La intervención médica común sigue siendo la prescripción de medicamento contra el dolor (analgésicos). El paciente con dolor crónico busca obtener una clase de cura médica que no implica componentes psicológicos ante los cuales suele ponerse aprehensivo, por lo cual es una meta primaria y crítica de tratamiento, es decir, el paciente no cree que algunos factores psicológicos estén interviniendo en el desarrollo de su padecimiento. Para esto, es primordial establecer la conceptualización del

problema con el paciente, según Domínguez (1996b) esto es: “explicar al paciente con dolor crónico que éste es real y que es el principal objetivo del tratamiento. Con este tipo de población lo que se busca es educarlos proponiéndoles que el dolor es una función de sus niveles elevados de estrés, y se introduce la discusión del estrés desde un punto de vista del monitoreo fisiológico y del dolor como un fenómeno con una base neuroquímica” (p. 65).

La intervención psicológica para el paciente con dolor crónico implica primeramente formar una conceptualización del problema para que se puedan establecer las expectativas de tratamiento tanto del paciente como del terapeuta, para que la participación del paciente sea activa. Como anteriormente se mencionó la participación de los familiares tienen gran importancia en la rehabilitación pero en muchas ocasiones es imposible acceder a estas estructuras, por ello el paciente debe estar totalmente involucrado en el proceso del tratamiento, estableciendo las metas a las cuales se va acceder junto con el terapeuta y los objetivos que se pretendan alcanzar. Una vez que el paciente comparte la noción de que el dolor es un evento neuroquímico y como una función de la fisiología del estrés, se puede proceder a tratar con los aspectos que surgen de las emociones y las cogniciones.

Un segundo paso es enseñar al paciente a ejecutar el automonitoreo; la meta es facilitar la identificación de estresores idiosincrásicos jerárquicamente sobresalientes que exacerban la respuesta al dolor y que ponen al paciente en mayor riesgo a la sintomatología depresiva: abstinencia, soledad y sentimiento de desesperanza y desamparo, sean de tipo interpersonales o ambientales. El monitoreo da una línea base para establecer los cambios que se van dando durante el tratamiento, cambios o modificaciones en la estructura del programa o técnicas que se emplean en el manejo del dolor crónico.

La tercera fase en el manejo y reconceptualización del dolor es examinar el papel de las emociones negativas en general como factor que pueda estar exacerbando los comportamientos dolorosos; por ejemplo, los tópicos de expectativas, grado de desesperanza, de desamparo y las restricciones en actividades físicas son de gran importancia.

Después de la evaluación del paciente con dolor crónico se establecen los objetivos de intervención, éstos dependen mucho de las variables o factores que se hayan evaluado, las dimensiones que se pretendan cubrir y por tanto las técnicas que se pretendan aplicar.

Para el tratamiento psicológico del dolor crónico se emplean diferentes técnicas de intervención, así como modelos que las apoyan. La terapia cognitivo-conductual es la que ha estudiado a fondo el fenómeno del dolor crónico y sus investigaciones son ampliamente reconocidas; han tenido fuerte impacto dentro del estudio del dolor crónico, por su efectividad en la rehabilitación del paciente con dolor crónico. La ventaja de las técnicas cognitivo conductuales incluyen la posibilidad de aplicarlas en diversos problemas clínicos y síndromes de dolor y que han sido eficaces en grupos pequeños y con formatos terapéuticos individuales, de tal forma que serían atractivos en el entorno actual asistencial en que se buscan tratamientos de bajo costo con eficacia en términos económicos y basados en pruebas o evidencias (Turner y Romano, 1999, en: Loeser, 2001).

La terapia cognitivo-conductual varía en sus objetivos y técnicas, pero comparten algunas características fundamentales que incluyen: a) la suposición que los sentimientos y comportamientos de una persona son influidos por sus ideas (cogniciones); b) énfasis en utilizar técnicas estructuradas y activas orientadas a enseñar al paciente la forma de identificar, vigilar y cambiar ideas, sentimientos y conductas inadaptadas; c) orientación a ayudar al sujeto a adquirir la capacidad de aplicar dichas técnicas por ellos mismos en diferentes problemas de la vida diaria; d) una estrategia por colaboración en el tratamiento en la que el paciente y el terapeuta formen un equipo para que el paciente aprenda y aplique capacidades de mayor importancia para su situación peculiar y particular; y e) el tratamiento sigue un curso relativamente breve.

Por medio del proceso terapéutico el dolor es reconceptualizado y el paciente asume su responsabilidad en la vida frente a la opción que le brindan los recursos terapéuticos físicos y psicológicos, estas intervenciones cognitivo-conductuales enfatizan el aprendizaje adaptativo y la destreza para fijar límites que nacen del autocontrol del dolor y del sufrimiento (Turk y Rudy, 1992).

La meta de estas técnicas es conseguir que el paciente supere las formas no adaptativas de pensamiento en las que se basa su trastorno emocional (incluye estrés, ansiedad, depresión y otras alteraciones relacionados directamente con el dolor). Estas técnicas instruyen al paciente en cómo reconocer las conexiones entre cognición, afecto (sufrimiento) y conducta (estilos de vida, discapacidad, conductas relacionadas con la queja y el medio en que se desenvuelve) y cambian en como analizar sus pensamientos automáticos distorsionados, sustituyéndolos por otros más positivos o reales.

Es importante remarcar que la participación del paciente debe ser activa en este tipo de tratamiento, como se ha dicho el paciente con dolor crónico es renuente a la asistencia del profesional de la psicología. Por ello debe iniciar con el proceso de reconceptualización del problema.

“En Octubre de 1995, los Nacional Institutes of Health de EE.UU. convocaron a una Conferencia de Evaluación de Tecnologías para valorar la integración de los abordajes conductuales y de relajación en el tratamiento del dolor crónico (y el insomnio). El grupo de expertos llegó a la conclusión de que había datos suficientes para recomendar la incorporación de las terapias cognitivo-conductuales al tratamiento del dolor crónico” (Warfield y Fausett, 2004).

El manejo clínico pretende primordialmente suministrar al paciente una técnica o procedimiento que le permita superar de manera expedita los efectos incapacitantes del dolor, regularmente relacionado a por lo menos dos condiciones: por un lado, el tamaño y ubicación de la lesión y, por otro, al estrés generado por los esfuerzos (muchas veces infructuosos) que el paciente ha ejecutado para afrontar tal experiencia del dolor. Los objetivos de este enfoque cognitivo-conductual están relacionados con la determinación de cómo las personas recolectan, almacenan, modifican, interpretan, comprenden y usan la información generada tanto internamente como la que proviene de los estímulos ambientales (Domínguez, Kassian, Corso, Martínez y Gatell, 1996c). En los pacientes con dolor (agudo-crónico) los factores cognitivos están directamente relacionados con:

- Los pensamientos, autoafirmaciones, evaluaciones al enfrentar una experiencia de dolor.
- Las creencias, interpretaciones o atribuciones acerca del dolor y de su condición médica.
- El estilo cognitivo de afrontamiento o de evaluación en relación con el impacto del dolor en su vida.

La exploración clínica se inicia identificando en el paciente su repertorio y habilidades actuales que le permitan apreciar variaciones en los estímulos producidos por su propio cuerpo, dentro de los parámetros o categorías de diversos valores y el proceso de autorregulación. Es importante el potencial de estos mismos procesos cognitivos para influir al paciente que tiene que convivir de manera prolongada con el dolor y para quien no hay alivio o solución en el corto plazo. Estos procedimientos determinan recíprocamente las percepciones que definen los reportes de dolor. Se ha establecido que la percepción del estrés y de cogniciones desadaptativas puede producir hiperactividad muscular que en sí misma puede constituirse en un factor generador de estimulación nociceptiva.

“Se ha establecido que el componente evaluativo cognitivo está involucrado con la percepción del dolor, independientemente de la duración de éste y se hipotetiza que ciertas representaciones cognitivas que incorporan experiencias previas, respuesta afectivas, creencias y expectativas, pueden jugar un papel importante en los pacientes con dolor crónico” (Domínguez, Kassian, Corso, Martínez, Gatell y Silva, 2001).

Warfield y Fausett (2004) mencionan que hay tres objetivos asociados a la enseñanza de las terapias cognitivo-conductuales en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico. Estos objetivos consisten en ayudar al paciente a: a) dominar las aptitudes para reducir tanto el estrés como el dolor, b) aplicar dichas aptitudes durante las épocas de mayor estrés y dolor, y c) a tener fe en la propia capacidad para llevar a cabo determinados comportamientos para lograr el resultado deseado (autoeficacia). Esto apoya la noción de que el paciente debe tener una participación muy activa en la implementación del tratamiento tanto médico como psicológico. También se menciona que “se han identificado múltiples efectos

beneficiosos del uso de las terapias cognitivo-conductuales, como la reducción del sufrimiento psicológico, mejor diagnóstico y tratamiento del dolor, mayor autoeficacia y mejor calidad de vida y función. Varios estudios han demostrado además una disminución de la consulta al médico con el ahorro consiguiente de los recursos sanitarios” (Warfield y Fausett, 2004).

Las técnicas que se emplean con mayor frecuencia y eficacia son: el entrenamiento en relajación (relajación muscular progresiva, distracción, imaginación, inoculación del estrés, respiración diafragmática), retroalimentación biológica (RAB), la hipnosis, desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva, estas son técnicas que se pueden combinar para obtener mejores resultados y depende de que el terapeuta domine o maneje dichas técnicas.

2.4.1. La relajación constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo psicológico y lo fisiológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. Esto hace referencia a sus componentes fisiológicos (patrón reducido de activación somática y autónoma), subjetivos (informes verbales de sosiego y tranquilidad) y conductuales (estados de quinesia motora) así como sus posibles vías de interacción e influencia.

La relajación se utiliza para distraer la atención del dolor e inducir un estado físico de menor tensión muscular, así como una menor activación del sistema nervioso autónomo y de las emociones. Este estado no es compatible con la experiencia usual del dolor y en sí mismo puede aplacar su percepción. La relajación establece un foco cognitivo en competencia directa, que puede bloquear la percepción del dolor, la disminución del dolor puede continuar al ocurrir un cambio en la interpretación intelectual o cognitiva de las señales nociceptivas o por mecanismos neuroquímicos más directos. La relajación rompe el circuito de retroalimentación de dolor-disfunción, al intensificar la atención del individuo hacia sentimiento de bienestar y con ellos disminuir su concentración en el dolor y también en la tensión, la ansiedad, la depresión y la inactividad que surgen con él (Syrjala, 2001, en: Loeser, 2001, cap, 92).

A la relajación se le atribuye la capacidad de reducir la tensión muscular, que supuestamente es responsable de algunos problemas de dolor. Al disminuir el nivel de activación y ansiedad podría reducir el problema del dolor, en la medida que la ansiedad disminuye el umbral del dolor y potencia la percepción de éste; el uso de la relajación se suele recomendar por que puede proporcionar un cierto sentido de control sobre el funcionamiento fisiológico. Por ejemplo, durante el estrés anticipatorio (pensamientos y sentimientos experimentado por los individuos al exponerse a eventos aversivos o estresantes) se puede producir una elevación en la tensión muscular que en el caso de los pacientes que sufren dolor contribuye a su exacerbación (Domínguez, 1994).

El entrenamiento en relajación serviría para incrementar la percepción de competencia y dominio personal del paciente, facilitar su motivación para el cambio y la adherencia al tratamiento propuesto. También ayuda a resolver algunas alteraciones de sueño, frecuentes en los pacientes con dolor crónico.

“La relajación se propone como la técnica de elección para aliviar el círculo tensión-dolor-tensión que parece establecerse en muchos de los síndromes de dolor crónico, especialmente en casos de cefaleas migrañosas, dolor lumbar o fibromialgia” (Pérez, Fernández, Fernández, y Amigo, 2004).

Desde un modelo psicofisiológico el entrenamiento en relajación ayudaría a tratar el dolor teniendo como hipótesis tres fenómenos relacionados con su origen:

- **Dolor-Estrés.** Teniendo como premisas: Que los eventos estresantes pueden instigar respuestas fisiológicas que directamente causan dolor; las relaciones emocionales anticipatorios al dolor aumentan el nivel de estrés, aumentando a su vez el dolor en un círculo vicioso.
- **Dolor-Espasmo-Dolor.** Un evento inicial (accidente) dispara un espasmo muscular reflejo, acompañado de vasoconstricción, lo que libera sustancias productoras de dolor (nocicepción) y dolor. A medida que transcurre el tiempo, el individuo intenta

disminuir otros espasmos y el dolor limitando sus movimientos (cronificación). La inactividad favorece más espasmos y dolor.

- **Dolor Neuromuscular.** Presencia de patrones anormales de actividad muscular que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del dolor crónico (Domínguez, 1996b).

El entrenamiento en relajación proporciona al paciente una percepción más amplia sobre su cuerpo y sus estados emocionales de se propia activación física, facilita la ubicación real de la zona afectada o de origen. Mejora sus estados de alerta y de concepción de su cuerpo, le ayuda a identificar algunos pensamientos que están asociados a su sufrimiento; el paciente logra mayor confianza en el tratamiento y con el terapeuta, esto facilita que la participación del paciente sea más activa en cuanto al programa de intervención se refiere.

Domínguez (1994) explica:

“Se ha demostrado que la ansiedad causa dolor y se correlaciona con percepción de éste. En algunos individuos, la ansiedad y el estrés negativo podrían desencadenar una secuencia de cambios fisiológicos que realmente podría producir nocicepción. El estrés emocional puede afectar directamente la nocicepción a través del sistema cortical y acentuar la actividad del sistema nervioso simpático para provocar espasmos musculares, vasoconstricción, alteraciones viscerales o contribuir a la liberación de sustancias productoras de dolor en la periferia. Adicionalmente los pacientes pueden ser incapaces de diferenciar los síntomas de activación simpática asociados con el estrés emocional de aquellos producidos por la estimulación nociceptiva. De esta manera, el estrés puede exacerbar el dolor, alterando las sensaciones físicas discriminables. Por este camino, los prejuicios pueden jugar un amplio papel en la percepción del dolor, disminuyendo los umbrales del paciente para rotular eventos sensoriales comunes dolorosos. En otras palabras, la activación fisiológica puede fácilmente rotularse como dolor, y no como una alteración emocional. La ansiedad puede afectar directamente, tanto parámetros fisiológicos como la interpretación de la información sensorial, lo que a su vez puede distorsionar o ampliar la percepción de dolor. En consecuencia, la disminución o el manejo del estrés y la ansiedad pueden ser tan importantes como lo son también la naturaleza, cantidad y vía de administración de los medicamentos analgésicos” (p. 169).

Por ello, es importante incluir dentro los programas de intervención el entrenamiento en relajación, las técnicas de relajación son variadas y se ha probado su efectividad; en muchos casos se combinan entre sí para tener resultados óptimos. Su uso y aplicación también dependen de la población o del paciente, ya que no todos presentan el mismo cuadro clínico, o bien, el paciente es más susceptible a determinadas técnicas que a otras.

Las ventajas que la técnica de la relajación ofrece es que se puede enseñar al paciente el empleo de los métodos con relativa facilidad, no necesita equipo especial ni enseñanza o preparación extensa por parte del terapeuta y los pacientes aceptan fácilmente las técnicas de relajación; además, no tienen complicaciones graves, se aprenden fácilmente y son de bajo costo. Es un método que puede ser aprendido, no depende en ningún grado de la reactividad del paciente. Si el paciente no aprende una técnica de relajación, se le puede enseñar una alternativa de ésta o adaptar la técnica a sus capacidades, habilidades y preferencias particulares.

En la revisión que hace Domínguez (1997), sobre las aportaciones de la psicología a la investigación del dolor crónico, hace referencia a la efectividad de diferentes técnicas de intervención calificándolas como: fuerte, moderada, regular o débil, “la evaluación de las intervenciones conductuales y de relajación para la reducción del dolor crónico en el adulto encontró los siguiente, con la técnica de relajación la evidencia resultó fuerte en relación con la efectividad de este tipo de intervención para el reducción del dolor crónico en una amplia variedad de condiciones medicas” (p. 9).

Son diversas las técnicas de relajación que se emplean en la clínica entre ellas tenemos: el entrenamiento autógeno, la relajación muscular progresiva, la meditación, la respiración diafragmática, la imaginería, y algunas variaciones de las mismas.

2.4.1.2. El entrenamiento autógeno es un tipo de concentración pasiva que mediante sugerencias autoinducidas permite al paciente alcanzar un estado de desconexión general orgánica. Existen seis ejercicios tipo a través de los cuales puede alcanzarse un estado de relajación: 1) dirigir la atención hacia la sensación de pesadez de los miembros, 2)

promover y cultivar una sensación de calor en los mismos, 3) regular el ritmo cardiaco, 4) concentración pasiva en el ritmo respiratorio, 5) en la sensación de calor en el abdomen, o 6) en la frescura de la frente.

2.4.1.3. La relajación muscular progresiva se enfoca en la reducción del tono muscular en los músculos principales. Cada uno de los 15 grupos musculares mayores son tensados y después relajados en una secuencia repetitiva. Durante la fase de tensión, el paciente lleva a cabo una contracción fuerte con un doble objetivo: a) facilitar la identificación de las señales de tensión, y b) propiciar la profundidad de la relajación subsecuente, cuando más fuerte es la contracción inicial más efectiva es la relajación. Se pretende que el paciente aprenda a discriminar aquellos músculos que están en tensión para, posteriormente, poder reducirla. Mediante la ejercitación repetida de la tensión y la distensión (relajación) de los distintos grupos musculares, es como se aprende a identificar y discriminar las sensaciones que acompañan a estas dos diferentes respuestas. Vázquez (2001), “para ayudar al sujeto en la tarea de discriminar las señales de tensión y relajación, el terapeuta proporciona diferentes instrucciones y utiliza modulaciones en la voz, que se emplean para facilitar el aprendizaje de la habilidad de relajarse y no existe una relación de dependencia con el terapeuta más allá de lo que implica la relación que se establece entre el instructor y la persona adiestrada” (p. 45).

Según datos publicados por Blanchard et al. (1982 en: Miró, 2004) el entrenamiento en relajación progresiva llega a reducir el dolor de una forma muy significativa en más de la mitad de los pacientes con cefaleas tensionales, el 30% en el caso de las cefaleas migrañosas y el 22% en las cefaleas mixtas.

2.4.1.4. Respiración diafragmática o profunda. Las técnicas de control de la respiración son procedimientos diseñados para dotar al paciente del control voluntario de la respiración, de manera que pueda utilizar patrones respiratorios adecuados, especialmente en los momentos de estrés, donde la respiración se encuentra alterada. Los distintos procedimientos utilizados en las técnicas de respiración se dirigen a conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio más lento y regular que es incompatible

con la hiperventilación y reduce la activación fisiológica y psicológica, generando un descenso de la irritabilidad, de la fatiga y de la ansiedad y una sensación generalizada de la tranquilidad y el bienestar.

Davis, Eschelman y MicKay (1998), encontraron que una técnica de respiración efectiva interviene en el alivio de síntomas específicos tales como la ansiedad generalizada, los sentimientos de depresión, el mal humor, la baja autoestima, los pensamientos obsesivos, la fatiga y el dolor crónico. La técnica de respiración se puede emplear sola o en combinación con otras, como son la relajación muscular progresiva o la imaginaria. Son procedimientos fáciles de aprender, que requieren de una práctica constante.

La respiración diafragmática, representa la respiración más profunda en el sentido que se inhala profundamente aire, se inflan los alvéolos y los niveles más bajos de los pulmones son inflados, el tercio más bajo, contiene mayor cantidad de sangre, cuando el individuo permanece verticalmente, por lo tanto, la respiración diafragmática oxigena una mayor cantidad de sangre. La respiración diafragmática estimula tanto el plexo solar como el nervio vago, de modo que inerva al sistema nervioso parasimpático; el funcionamiento autónomo puede ser calmado voluntariamente por medio de ejercer un control conciente de la respiración, junto con la reducción asociada a la ansiedad y al dolor. Es una de las intervenciones más flexibles para la reducción del estrés y en combinación con otras técnicas puede disminuir el dolor muscular.

2.4.1.5. La imagería o imaginación guiada constituye una técnica de distracción, una forma eficaz de introducir otro tipo de pensamientos, imágenes o formar de percibir el dolor. Según se realiza el componente de imaginación puede ser decisivo para obtener los buenos resultados de la relajación como un instrumento para el alivio del dolor. De acuerdo a la modalidad de contenido la imagería puede ser visual, auditiva, kinestésica, olfativa, gustativa o somatosensorial. La activación de los sentidos en la mente distrae la atención y la mantiene fuera del foco del dolor, atrae la atención a estados de bienestar, comodidad y control del problema.

Estas técnicas de relajación no son excluyentes; por ejemplo, en la relajación autógena se concentra la tensión en recorrer todo el cuerpo para relajar a su vez cada zona corporal, el centro de atención comprende imaginar una sensación de calor y plenitud en cada zona; una vez incorporada la relajación o en combinación de ella, se incorporan fases de imaginación. El componente de imaginación puede incluir sólo sentimientos de calor, plenitud, sensaciones que acompañan a la relajación. El contenido de las imágenes puede variar ampliamente desde estar en un sitio agradable hasta la experiencia directa de modificar el dolor. El dolor disminuye más cuando el paciente selecciona sus propias imágenes y cuando puede afirmarse así mismo dentro del escenario imaginado, que es capaz de tolerar o modificar el dolor.

2.4.2. Biorretroalimentación o Retroalimentación Biológica. En la práctica clínica, la terapia basada en la Retroalimentación Biológica (RAB) es una mezcla de intervención psicofisiológica y psicoterapéutica. Su definición: “cualquier técnica que mejore la capacidad de una persona para controlar de forma voluntaria actividades fisiológicas, al brindar datos e información sobre ellas” (Loeser, 2001). La enseñanza y el entrenamiento clínico de la RAB suelen incluir el empleo de un aparato (por lo común una computadora), que permita al terapeuta vigilar las reacciones corporales del paciente (tensión de músculos superficiales o temperatura de superficie cutánea). Se escoge un proceso fisiológico, se monitorea electrónicamente y se retroalimenta al paciente mediante señales fácilmente discriminables: sonoras, visuales o ambas. Después de obtener la historia clínica y los registros de la evaluación médica, se le muestra y se le educa al paciente sobre el papel del estrés y cómo éste puede contribuir a sus quejas del dolor. En la técnica de RAB se promueve un incremento en la conciencia del paciente sobre procesos fisiológicos específicos para enseñarle no sólo a monitorear, sino también a controlar voluntariamente su actividad en niveles predeterminados. Al paciente se le refuerza cuando esta conducta operante produce la disminución o normalización de la señal de retroalimentación. La modalidad de intervención clínica más empleada para controlar esta señal son las técnicas de relajación.

La meta final en el entrenamiento en RAB es la de transferir el tratamiento y la generalización de las respuesta de relajación del paciente a su medio real. Para lograr dicha transferencia del entrenamiento, el paciente primero debe de reconocer, a través de las técnicas de automonitoreo, la presencia de sus respuestas desadaptativas y de toda cognición y emoción acompañante que actúen como antecedente. Como un resultado de las técnicas de automonitoreo y de entrenamiento en RAB el paciente se ve casi forzado a reconceptualizar su problema diferencialmente, notando que ciertos antecedentes preceden a los mensajes de dolor más o menos intenso, logrando de esta manera, visualizar el dolor a través de un continuo de estrés.

Los objetivos inmediatos del entrenamiento en biorretroalimentación son aumentar la toma de conciencia de las conexiones entre la mente y el cuerpo y promover el aprendizaje de estrategias psicofisiológicas de autorregulación. Este aprendizaje puede tener como resultado una menor reactividad ante estímulos críticos, la recuperación más rápida a partir de una respuesta de estrés y el perfeccionamiento del dominio percibido de la autoeficacia y de las habilidades de superar situaciones. “El entrenamiento en RAB, ya sea solo o después de un entrenamiento en relajación básica, puede condicionar las sensaciones de relajación, calor y bienestar para contrarrestar esos efectos, de tal manera que gradualmente puede desensibilizar al paciente frente a las percepciones del dolor sebreaprendidos”, (Warfield y Fausett, 2004, p. 335).

En una revisión sistemática de la literatura especializada en retroalimentación biológica (RAB), se concluyó que el 100% de los artículos de investigación apoyaron la efectividad de esta técnica como modalidad de tratamiento del dolor crónico (Domínguez, 1996b). La mayoría de los investigadores clínicos argumentan que el entrenamiento de RAB es más útil para los desordenes de dolor cuando se utiliza en combinación con otras modalidades de tratamiento dentro de programas de tratamiento cognitivo y conductual. El entrenamiento en retroalimentación con frecuencia mejora la autoeficacia percibida de las habilidades para hacer frente al dolor e incrementar la capacidad del paciente para discriminar la magnitud de la tensión y de las sensaciones de dolor, permitiendo de ese modo hacer una valoración más adecuada de su importancia.

En la revisión que hace Domínguez (1997), afirma: “en cuanto a la retroalimentación biológica (RAB) la evidencia resultó favorable en un nivel moderado para el apoyo en la efectividad de estas técnicas para aliviar diversos tipos de dolor crónico” (p. 10). La retroalimentación biológica se ha aplicado mayormente en las cefalalgias y dorsalgia baja, pero se puede aplicar en diferentes cuadros de dolor crónico, siendo estos los estudios que mayormente han tenido éxito en su tratamiento con esta técnica (Loeser, 2001, cap. 90).

2.4.3. La hipnosis se ha usado ampliamente como un método que suministra alivio en varios procedimientos vinculados con el dolor (analgesia hipnótica). Un número considerable de investigadores han encontrado que tanto el dolor inducido experimentalmente como el dolor clínico puede eliminarse rápida y alguna veces completamente, sin embargo, existe una controversia considerable y creciente en la literatura, que argumenta que la hipnosis es esencialmente sinónimo de relajación, y que esta puede producirse por alguna o todas las técnicas de relajación (Domínguez, 1996b).

Existen diferentes procedimientos para controlar el dolor mediante la hipnosis, los cuales son:

- **Anestesia.** Las sugerencias hipnóticas pueden evocar alucinaciones de anestesia y provocar insensibilidad en la zona corporal escogida.
- **Disminución directa de las sensaciones.** Consiste en sugerir que la intensidad del dolor está cambiando o disminuyendo de forma gradual.
- **Sustitución sensorial.** Se trata de sustituir la sensación de dolor por otra diferente que sea más tolerable. Por ejemplo, ante una sensación punzante insoportable se puede sugerir sensaciones tales como el cosquilleo, picor u hormigueo.
- **Desplazamiento.** Implica desplazar el dolor de una zona del cuerpo a otra menos molesta para el paciente. El objetivo de esta estrategia, es conseguir que el dolor se convierta en un acontecimiento menos invalidante y amenazador, más soportable.
- **Disociación.** Con esta estrategia se pretende que si bien el paciente sigue percibiendo el dolor, éste ya no cause tanto sufrimiento. A través de estas sugerencias, el paciente es capaz de describir el dolor, aunque sin ningún sustrato afectivo (Barber, 2000).

La efectividad de la hipnosis en el alivio del dolor, es un tópico ampliamente investigado (Domínguez, 2003), las mediciones estandarizadas típicas de la susceptibilidad hipnótica correlacionan en cerca de .50 con la reducción del dolor durante la analgesia sugerida hipnóticamente.

Con la hipnosis un paciente con dolor crónico puede reestructurar la manera en que procesa la información cognitiva de la nocicepción, es decir, la forma en que la jerarquiza e interpreta y lograr cambios importantes, incluso en condiciones de patología muy avanzadas (Domínguez, 2000).

Aunque la hipnosis parece mostrarse efectiva, presenta limitaciones de cierta importancia, existe una dependencia muy importante del terapeuta; la alteración del nivel de conciencia provoca una interrupción en la actividad que realiza el paciente, resulta difícil considerarlo como un tratamiento adecuado para casos de larga duración. La hipnosis descuida aspectos importantes en la experiencia del dolor, quizás por ellos el uso de la hipnosis como técnica paliativa del dolor se haya dirigido principalmente a los casos agudos y de corta duración en los que los resultados han sido importantes (Miró, 2004).

Las técnicas descritas son las que mayormente han sido investigadas en el tratamiento del dolor crónico, éstas se aplican dentro de programas estructurados y acompañan a la intervención médica. En algunos casos se utilizan independientemente unas de otras y en otros son complementos del mismo programa de intervención. El que se empleen depende de la formación del terapeuta o de la disponibilidad de los espacios o de la clínica a la que el paciente asiste. Más adelante se presentará una revisión de los diferentes programas de intervención multidisciplinarios que abordan la problemática.

2.5. Afrontamiento del dolor

La relación entre los cambios de vida y el estatus de salud está mediado por el estrés, entendiendo el estrés como un proceso dinámico de intercurso entre la extensión y el tipo de estresores que aplican sobre el individuo (enfermedad) y los recursos adaptativos o de

apoyo (enfrentamiento) con los cuales la persona enfrenta sus circunstancias. En los estresores referidos a la salud, Rodríguez y Zurriaga (1997) mencionan una serie de tareas adaptativas, que implican un objeto de control, unas relaciones específicamente con la enfermedad (cómo actuar respecto al dolor y la incapacitación, el entorno hospitalario y los procedimientos especiales de tratamiento), y otras generales (conservar un equilibrio emocional razonable, una autoimagen satisfactoria, relaciones con la familia y los amigos, y prepararse para un futuro incierto).

Una vez que el acontecimiento es juzgado como estresante se producen: consecuencia fisiológicas, reacciones del sistema nervioso y reacciones endocrinológicas; estas consecuencias pueden ser específicas a la situación o a la interpretación de la misma. Además, se encuentran una serie de procesos de respuesta a tales condiciones a los que colectivamente cabe referirse como respuestas al afrontamiento, que consisten básicamente en respuestas cognitivas y respuestas conductuales, y como resultado de las cuales se pueden producir también respuestas emocionales como: el miedo, la ansiedad, la excitación, el embarazo, la ira, la depresión o la negación. El afrontamiento puede seguir tanto como preceder a las reacciones fisiológicas y a las emocionales. La mayoría de las definiciones de afrontamiento lo consideran como una respuesta que puede ser una cognición o una conducta.

La percepción que cada individuo tiene del síntoma de una enfermedad varía, el cuadro final de una enfermedad (en este caso el dolor crónico) que la persona construye es el resultado de la experiencia pasada, de las características de la personalidad, del entrenamiento que el individuo haya tenido previamente respecto a la enfermedad, y del contexto general y del sistema social en que la enfermedad se produzca. La importancia que se atribuye a un síntoma depende en buena medida del conocimiento que se tiene de la medicina y de los síntomas corporales, de la resistencia a continuar una conducta normal a pesar de los síntomas, y de la situación vital que permita tomar en cuenta que algo va mal. Una vez reconocida como tal por el paciente, la enfermedad tiene todas las características que hacen que un acontecimiento sea estresante (constituye un daño y/o una pérdida material y/o funcional), es impredecible, y también, desde la perspectiva del paciente:

incontrolable. Si se aprecia la enfermedad como una forma particularmente grave de estrés, entonces las respuestas pueden incluir la formación de una emoción negativa, o de una secuencia de ellas, como ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira. El tipo de reacción que una persona desarrolla ante la enfermedad viene matizado por el nivel de gravedad de la enfermedad o por la gravedad percibida. Hay que considerar que ciertas enfermedades pueden producir mayores reacciones emocionales y complicaciones psicológicas que otras. Además la misma situación de enfermedad hace problemática la puesta en marcha de los mecanismos tanto fisiológicos como psicológicos de ajuste a la situación, y de las respuestas de afrontamiento correspondientes.

Cuando la enfermedad es crónica se potencian sus características estresantes, la enfermedad y/o la lesión implican experiencias de amenaza y pérdida; la amenaza es compleja por que tiene que ver con problemas inmediatos de dolor y de inmovilización (característicos del dolor crónico, cáncer, VIH/SIDA, fallas renales, etc.) y con la pérdida del control de los acontecimientos que afectan la vida diaria. La falta de información y de control sobre la amenaza desencadena ansiedad. La enfermedad crónica, conduce a la pérdida de roles claves en la vida de la persona, roles ocupacionales, sociales, familiares, sexuales. La enfermedad es un acontecimiento estresante en mayor o menor grado para todas las personas, por lo cual se requiere de estrategias para poder afrontarla.

El afrontamiento es un proceso dinámico con líneas de retroalimentación, esto es, las respuestas de afrontamiento son función de los recursos que el individuo tiene disponibles y de la situación misma en la que se produce la enfermedad (acontecimiento estresante), y son función de las propias respuestas del afrontamiento que se vayan dando a lo largo del proceso. La valoración de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta (como estresor físico/dolor constante); de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinan la aparición de la enfermedad misma (estresor psicológico/sufrimiento) de la interacción social real (como estresor social/incapacidad o inactividad), por cuanto determinadas enfermedades tienen consideración social de tales, y otras son estigmatizadas y en consecuencia, más estresantes. El carácter estresante de la enfermedad también depende de

las normas, valores creencias y símbolos generales sobre la enfermedad que se transmita de generación y generación (estresor cultural).

Rodríguez y Zurriaga (1997), mencionan cuatro tipos de recursos psicológicos de afrontamiento, son la adaptación cognitiva a los acontecimientos amenazantes, cuyos rasgos internos son:

- **El sentido de control:** el locus de control interno (la creencia de que uno tiene el control de los acontecimientos) se opone al locus de control externo (la creencia de que el control de los acontecimientos lo tienen otras personas). La creencia de que la conducta afecta a la salud, determina el sentido de control personal sobre la salud y la enfermedad. Se enfrenta la enfermedad desde la postura de la acción. En caso de los pacientes con dolor crónico la búsqueda constante de la cura a su enfermedad, la visita constante a las instituciones de salud les proporciona un sentido de control, pero cuando en ésta búsqueda no se obtienen resultados se pierde ese sentido.
- **El sentido de significado:** La búsqueda de un significado tiene que ver con la necesidad de entender porqué ha sido la crisis y cuál ha sido su impacto. Una de las maneras en que se puede dar significado a un acontecimiento es a través de atribuciones causales (lo que tiene que ver con la creencia de control sobre los acontecimientos). Se pueden hacer atribuciones para entender, predecir y controlar el entorno después de un acontecimiento amenazante. En los síndromes del dolor crónico, los pacientes generalmente están confusos por lo complicado del diagnóstico y les resulta difícil establecer una razón causal, por su tratamiento que no resulta y el desgaste que implica.
- **Sentido de la autoestima:** la respuesta de afrontamiento corresponde al esfuerzo por mantener, aumentar y restaurar la autoestima. En cuanto los componentes de la autoestima se recuperen y aumenten, mayor será la adaptación al acontecimiento estresante. Aquí se ve reflejado el desgaste que trae consigo un diagnóstico no específico, se pierde la autovaloración, la imagen corporal se ve alterada, baja

autoestima por su incapacidad de resolver conflictos asociados a su dependencia o inactividad, la relación con sus allegados se vuelve complicada devaluando la percepción de la propia estima.

- **El nivel de independencia o autonomía:** se refiere a los recursos que el paciente tiene en cuanto a la dependencia-independencia para enfrentar un acontecimiento. Dependencia: búsqueda de contacto físico, búsqueda de proximidad, búsqueda de atención, búsqueda de ayuda y búsqueda de reconocimiento. Independencia: tomar iniciativas, superar obstáculos, persistencia, desear hacer algo y desear hacer algo por sí mismo. Cuando un individuo experimenta un cambio de vida importante o se ve inmerso en una situación que no es frecuente ni ordinaria, sus niveles de dependencia e independencia cambiarían de unos niveles de rasgo a unos niveles de estado (situacionales). El paciente con dolor crónico se vuelve dependiente de sus familiares, exige constante atención y pierde independencia tanto económica como afectiva. En estos pacientes es muy recurrente la queja.

Cabe señalar que los conocimientos acerca de cuestiones de salud, el hecho que se sepa más o menos sobre temas de salud/enfermedad en general, o sobre la enfermedad que le aqueja al paciente en particular, hace que la valoración de la situación como amenaza sea mayor o menor. Variables como la anticipación de acontecimientos estresantes y el grado de apoyo social percibido, están igualmente implicados en el proceso de afrontamiento y resistencia al estrés, producido por la enfermedad.

Los mediadores externos, que sirven como fuentes de apoyo social de una persona pueden ser otras personas significativas para ella (miembro de la familia, amigos, trabajadores sociales, etc.) y pueden ser instituciones (centros de salud, clínicas, hospitales, iglesias, grupos de autoayuda). Para cada paciente la necesidad de apoyo social de una u otra dependen particularmente del propio paciente y del contexto en que se desarrolle. También es muy importante el papel que el individuo tome en cuanto al rol de enfermo en su contexto sociocultural, el papel activo o pasivo va estructurar expectativas de su enfermedad y la búsqueda de la salud.

La manera específica en que el individuo pone en juego recursos puede considerarse como el estilo de afrontamiento personal del individuo. Es el resultado de la interacción de todos los recursos que a su vez se expresan en unas determinadas respuestas de estrés. Cada individuo ante acontecimientos estresantes, pone en marcha habitualmente estrategias de afrontamiento similares, que están determinadas por su estilo de afrontamiento y que tendrán como consecuencia un tipo de respuesta predominante.

Algunas respuestas de afrontamiento que experimentan los pacientes ante el acontecimiento de la enfermedad son:

- **Búsqueda de instalación o mantenimiento de las sensaciones de control.** Por tres vías: a) control sobre la vida en general en presencia de la enfermedad; b) control sobre los resultados de la enfermedad misma; y c) control sobre las propias emociones suscitadas por la aparición de la enfermedad (autocontrol). La sensación de control sobre los resultados de la enfermedad derivan de las creencias que se tengan sobre el poder controlar personalmente los resultados de la enfermedad (es decir, que las conductas, pensamientos, emociones afectarán los resultados) o de las creencias en que se está en manos de otras personas poderosas (por ejemplo: los médicos que proporcionan un tratamiento efectivo).
- **Respuestas de acción directa.** En estrecha relación con este proceso intrapsíquico, encontramos respuesta de acción directa que también tienen que ver con el control, acciones sobre el entorno para cambiar la situación. Se trata de controlar (o participar al menos) en el proceso de recuperación. Aquí tiene que ver el papel activo del paciente en cuanto a resolver los problemas que están relacionados con su dolor.
- **Negación.** La negación puede considerarse como el esfuerzo por negar el problema o el acontecimiento estresante. Con referencia a la enfermedad se mencionan tres formas básicas de negación: a) negación de los hechos, b) negación del significado de los hechos y c) negación del estado emocional. Es importante señalar que la

negación no tiene por qué ser una respuesta desadaptativa, sino que en muchos casos puede considerarse una respuesta adaptativa, sobretodo si se considera la relativa falta de éxito de la medicina en predecir, con certeza, los resultados de las enfermedades y su curso. En el caso del dolor crónico representa un fuerte recurso de afrontamiento la negación de un estado total de incapacidad, que lleve al paciente al control del dolor. Puede ser adaptativa (por ejemplo, puede reducir el ruido hasta el punto que permita el buen funcionamiento del resto de las capacidades del paciente) o no (por ejemplo, impedir que el paciente busque información).

- **Evitación.** Una respuesta de afrontamiento que se puede considerar como una manera de negación, es la evitación. La evitación se ha considerado como una aceptación de la realidad de la amenaza, pero con un deliberado esfuerzo por no pensar ni hablar acerca de ello.
- **Acción directa de escape/evitación.** Junto a las dos anteriores, que pueden considerarse como procesos intrapsíquicos, podemos encontrar respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento estresante, en este caso de la enfermedad/tratamiento.
- **Resignación o aceptación de la enfermedad.** Tal como en el caso de la negación, se puede distinguir entre aceptar los hechos, aceptar el significado de los hechos para la vida, y aceptar el estado emocional. Aunque la palabra resignación tenga connotaciones negativas, sin embargo, puede tener un significado positivo y colaborar con la mejor adaptación del paciente a su enfermedad. Cabe distinguir entre procesos intrapsíquicos y acciones directas. Se habla de resignación para indicar esa aceptación interna de los hechos, sus significado o estado emocional, pero se puede observar como en muchas ocasiones se producen acciones directas. En caso de dolor crónico el paciente puede resignarse a no encontrar una cura, pero acepta que puede reducir el dolor y controlarlo con el tratamiento.

- **Reinterpretación positiva.** Un proceso cognitivo que constituye una de las más interesantes respuestas de afrontamiento a los acontecimientos estresantes en general, y a la enfermedad en particular, es la reinterpretación positiva. La reinterpretación positiva es la respuesta que corresponde al recurso que se denomina sentido del significado. Se trata de buscar el significado de las crisis que acontecen (por qué ocurren y qué impacto tienen) para entenderlas y reinterpretar la vida en función de ello. Cuando se puede reinterpretar positivamente se produce un ajuste significativamente mejor. En el tratamiento a pacientes con dolor crónico este apartado representa uno de los más abordados en cuanto al proceso psicológico ya que es a través de esta reconceptualización que el paciente logra mejorar su calidad de vida.
- **Cambios de vida positivos.** La expresión de la reinterpretación positiva a nivel de la acción directa, es la realización de cambios de vida positivos. Tales cambios pueden abarcar una gama muy amplia: el lugar de residencia, el trabajo, hábitos, etc. Pueden incluir cambios de actitudes y/o intereses, aunque podría considerarse como cambios intrapsíquicos.
- **Uso de la imaginación.** Una respuesta de afrontamiento típicamente cognitiva es el uso de la imaginación, la utilización de imágenes mentales respecto de la enfermedad. Cuando una persona piensa sobre acontecimientos estresantes se produce algo de actividad fisiológica asociada con tales acontecimientos, y cuanto más específica es la imagen tanto más específica es la respuesta. Sobre esta base, parece razonable pensar que si una persona imagina acontecimientos placenteros, o los recuerda o anticipa, las respuestas fisiológicas, asociadas con tales acontecimientos, serán evocadas. Por otro lado, la imaginación es utilizada para experimentar anticipadamente los acontecimientos estresantes como el dolor y adquirir entrenamiento en su manejo.
- **Conductas confrontativas.** Son acciones más o menos directas que intentan cambiar la situación. Dentro de este tipo de conductas cabe incluir las denominadas

de expresión de sentimientos y voluntad de vivir. La expresión de las emociones negativas y positivas es una forma importante de respuesta de afrontamiento. Se puede considerar como una forma de descargar la emotividad y como una forma de resolver parcialmente problemas. Por lo que se refiere a la voluntad de vivir, se trata más bien de un constructo que incluye un conjunto de respuestas de afrontamiento: impulso para seguir vivo, creencia en que no se va a morir aunque el pronóstico sea malo, tener una razón para vivir, estar determinado a mejorar. Este tipo de recurso/respuesta puede ser significativamente influido por la conducta de amigos, familia, personal de salud y comunidad. Dentro de estas conductas confrontativas se puede considerar las conductas directas de reducción del estrés; que incluyen relajación progresiva, entrenamiento autógeno, ejercicio físico.

- **Adopción del papel de enfermo.** Un tipo de respuesta de afrontamiento es la adopción o no del papel de enfermo o conducta de enfermedad: a) inicial (reconocimiento e interpretación de los síntomas), b) asunción del papel de enfermo, c) búsqueda de asistencia técnica (visita al médico o a una clínica), d) asunción del papel de paciente (asumir un papel dependiente), y e) recuperación/asunción del papel de paciente crónico (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Una meta clínica sobresaliente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico es la adquisición y desarrollo de habilidades de afrontamiento, de naturaleza cognitivo y conductual. La utilización efectiva de las habilidades de afrontamiento sirve adicionalmente para aumentar el sentimiento del paciente de autoeficacia y control sobre el funcionamiento de su vida, es útil para él aprender que estas habilidades pueden servirle, para disminuir la amplitud del impacto del dolor en todo el funcionamiento de su vida, a pesar de que los niveles de reducción en la nocicepción no sean tan significativos, el foco central de tratamiento es aumentar la capacidad de funcionamiento vital y no únicamente la reducción del dolor.

2.6. Autorregulación del dolor.

La relación de las cogniciones con el dolor reviste una gran importancia, en especial para su control y para los procedimientos interpersonales basados en mecanismos de autorregulación, que son las acciones que la misma persona puede ejecutar para regular la intensidad, frecuencia y duración del dolor, y para el control y manejo del estrés que pudiera intensificarlo. El ejercicio de las habilidades de autorregulación puede facilitar la modificación en el umbral de percepción del dolor; se puede llegar a la reinterpretación del mismo.

Numerosas variables psicológicas se han vinculado hasta ahora con la percepción y reporte del dolor; entre ellas se encuentran:

- Expectativas. La anticipación del dolor puede producir respuestas catastrofizantes que aumentan el dolor percibido.
- El distrés afectivo. Se ha demostrado que la ansiedad causa dolor, puede afectar directamente, tanto los parámetros psicofisiológicos como la interpretación de la información sensorial. Lo que a su vez puede distorsionar o ampliar la percepción del dolor.
- Interpretación de síntomas. Cualquier evento, sea ambiental o una sensación física, puede describirse de dos maneras: primera, en términos objetivos del evento, y en segundo, del significado personal del evento para el individuo. Esto se basa en sus actitudes, creencias información, estilo de procesamiento de la información e historia de aprendizaje previos.
- Controlabilidad percibida. La atribución de control a uno mismo o a otros es un factor que puede influir en la percepción de los estímulos nociceptivos o nocivos. El control percibido es la creencia que un individuo posee del control que puede ejercer (ser verídico o no) y esto constituye una condición suficiente para inducir alivio del dolor (Domínguez y Vázquez, 2000).

En el campo de las aplicaciones psicológicas se han utilizado diversas técnicas para promover los procesos de autorregulación, el entrenamiento apoyado con la retroalimentación biológica, la capacidad autorreguladora de los fenómenos hipnóticos, las técnicas de relajación con imaginería, la respiración diafragmática, el entrenamiento autógeno, etc. La variabilidad en los procesos de autorregulación del dolor parece estar influida por las expectativas, la interpretación de los síntomas y la idiosincrasia del individuo, por lo que se deben contemplar aspectos culturales que constituyen el contexto de éstos procesos (Domínguez, 2004).

Los procesos de autorregulación son variados y las técnicas de intervención han evolucionado con la investigación. Respecto al contexto se mencionará un ejemplo. Entre las prácticas y rituales Mayas y Náhuatl (López, 1994, en: Domínguez y Vázquez, 2000), incorporados socialmente como actividades profilácticas para el manejo de las “muinas” y estados emocionales negativos externos, contamos con el “cuenta penas” o “quita pesares”, una artesanía usada como preventiva para los niños que estaban tristes; se les decía: “escoge el muñequito que más te guste, cuéntale tu pena, ponlo debajo de tu cama y verás que al otro día desaparecerá junto con tu pena”; lo anterior ahora se reinterpreta desde el paradigma de la inhibición activa, donde hablar de las experiencias traumáticas es más sano que inhibirlas. En este procedimiento se favorece una interacción recíproca entre la actividad emocional (distrés) y la organización de la respuesta inmunológica, “confesar un trauma mejora el funcionamiento del sistema inmunológico y provoca una coherencia interhemisférica en la actividad cerebral, lo cual trae consigo la percepción de cambios existenciales importantes” (Grinberg et al. 1992, en: Domínguez y Vázquez, 2000). El procedimiento puede aplicarse escribiendo, hablando, dibujando o bailando las experiencias traumáticas (distrés) para favorecer el tránsito a otros estados emocionales idealmente opuestos. Expresar emociones permite que la persona se relaje fisiológicamente y que obtenga: bienestar social, claridad en su pensamiento y conducta adaptativa, e incluso que su salud física mejore.

Muchas veces, compartir vivencias traumáticas genera estrés en el oyente, quien no puede permanecer indiferente ante lo que escucha y puede llegar a solicitar que ya no le platique

más sus problemas o simplemente se retire. Para intentar sobrellevar la experiencia y sus efectos emocionales, casi siempre se recurre a la inhibición activa, esforzarse deliberadamente por inhibir (borrar o bloquear) los pensamientos y sentimientos generados por el acontecimiento. Este proceso de inhibición va minando gradualmente las defensas del organismo, puede afectar la función inmunológica, el funcionamiento cardiovascular y la actividad del sistema nervioso. Finalmente la gente termina enfermándose y sintiéndose mal. La escritura emocional-autorreflexiva o técnica Pennebaker es el adiestramiento en la adquisición gradual de las respuestas de relajación basada en la promoción de la expresión de emociones asociada a hechos traumáticos, con la finalidad de reducir la tensión física y psicológica acumulada a lo largo de muchos años. Clínicamente, el fenómeno puede ser descrito como una transición de un estado emocional negativo a otro contrario, como producto de una intervención psicológica no invasiva autorreguladora. El efecto de poner en palabra o expresar verbalmente el estrés no son sólo relajantes, también produce cambios en el pensamiento, producto de la presencia de una reestructuración cognoscitiva, hay una claridad de pensamiento y una sensación de control, que en los casos de dolor crónico genera cambios muy significativos para el paciente.

El dolor crónico representa un problema multidimensional, no hay un solo tratamiento que cubra todos los fenómenos implicados y como se ha mencionado el problema comienza desde la evaluación del paciente y continúa durante todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. A continuación se expondrán los programas multidimensionales que se han desarrollado para el tratamiento del paciente con dolor crónico.

CAPÍTULO 3

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN (ANÁLISIS)

Parte de la investigación del dolor crónico es ofrecer al paciente un programa de intervención que cubra con las necesidades de atención que demanda. La investigación ha derivado diferentes programas que se van modificando conforme los estudios avanzan, se pueden encontrar diversos programas individuales y algunos grupales que se ocupan de atender a esta población. En la actualidad sólo algunos se mantienen debido a la efectividad que tienen, los programas multidisciplinarios son los que mayor fuerza han tenido por su alto índice de rehabilitación. Pero también se obtienen buenos resultados con otros programas de intervención, tales es el caso de los programas desarrollados por Domínguez (1996b). Los programas multidisciplinarios, ya han establecido y definido el procedimiento de tratamiento, pero constituye un fuerte gasto económico, tanto institucional como particular (Gatchel y Turk 1999). Hay que considerar que los programas multidisciplinarios ofrecen un tratamiento integral y tienen un porcentaje alto de rehabilitación, 51% de pacientes en un periodo de un año de tratamiento (Hendler y Talo, 1992). En este capítulo se describen tres distintos tipos de programas, los más representativos en la atención a pacientes con dolor crónico. El primero es un tratamiento multidisciplinario, el segundo es el desarrollado en México por el Dr. Benjamín Domínguez y el tercero es un modelo de intervención cognitivo-conductual.

3.1. Programa multidisciplinario de la Universidad de Washington. Este programa de intervención se basa en lo expuesto por Loeser y Turk (2001, en: Loeser, 2001) que integra el trabajo clínico en el Centro Multidisciplinario contra el Dolor de la University of Washington. Los programas de diferentes universidades y clínicas especializadas cubren en su mayoría con los aspectos generales que se exponen, el objeto es tener una visión del tratamiento multidisciplinario y englobar a los especialistas que intervienen en el programa de intervención. La International Association for the Study of Pain (AISP) recomienda que el tratamiento del dolor crónico se realice desde una perspectiva multidisciplinaria que abarque tanto los aspectos médicos como los psicológicos (Warfield y Fausett, 2004).

El tratamiento multidisciplinario del dolor ha evolucionado gracias a su mayor eficacia y menor costo que los métodos tradicionales para combatirlo. Utiliza un modelo biopsicosocial y depende netamente de la estrategia cognitivo-conductual. El objetivo de los programas multidisciplinarios es mejorar la capacidad funcional de la persona y no curar la enfermedad que culminó en dolor. Por medio de los procesos de diagnóstico se identifican los puntos de perturbación funcional y discapacidad y el entrenamiento se ocupará de todos los factores que contribuyen a las disfunciones mencionadas. En estos programas los pacientes deben aceptar la responsabilidad y luchar denodadamente por alcanzar los beneficios del tratamiento.

Los efectos secundarios del dolor como depresión, desconocimiento físico, aislamiento social, empleo de fármacos impropios, disfunción ocupacional e ideas supersticiosas en cuanto al cuerpo son determinantes del cuadro global. El entrenamiento en tales problemas y otros similares constituyen el foco de la asistencia multidisciplinaria del dolor.

En los programas multidisciplinarios del tratamiento del dolor y rehabilitación, se atienden a los pacientes en grupos de cinco a quince personas. Los pacientes trabajan en cuatro aspectos genéricos de manera simultánea: físicos, farmacológicos, psicológicos y ocupacionales. Los programas, por lo general, recalcan la necesidad del acondicionamiento físico, la farmacoterapia, la obtención de mecanismos de afrontamiento y ocupacionales y la adquisición de conocimientos sobre el dolor y las funciones corporales. La asistencia multidisciplinaria exige la colaboración de muchos especialistas, como son –entre otros– médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, orientadores ocupacionales, trabajadoras sociales y personal de apoyo.

Por los datos que aporta la IASP (que informan una incidencia de dolor crónico en EE.UU. de 70 millones de casos, con más de 50 millones de personas parcial o totalmente discapacitadas durante periodos que varían desde unos cuantos días a meses o años), la necesidad de realizar un esfuerzo multidisciplinario concentrado para lograr la distribución eficaz de los recursos médicos disponibles se vuelve cada vez más urgente (Warfield y Fausett, 2004).

Cada individuo muestra una mezcla distinta de limitaciones funcionales, comportamientos de dolor, alteraciones de su estado afectivo, discapacidades físicas y disfunciones ocupacionales. El tratamiento, para que sea fructífero, debe ocuparse de cada uno de estos aspectos generales. Entre los aspectos más comunes de todos los programas están la inclusión de: fisioterapia, farmacoterapia, enseñanza de la fisiología corporal, psicoterapia (por ejemplo, aprender las capacidades de afrontamiento, de solución de problemas y de comunicación), evaluación ocupacional y terapéuticas orientadas a mejorar las funciones y la posibilidad de reanudar las labores.

El plan de operación de los programas incluye el trabajo durante ocho horas diarias, cinco días a la semana, en un total de cuatro semanas, dependiendo de las necesidades de los pacientes.

A continuación se hace una descripción de la participación de los especialistas en este programa multidisciplinario:

- **Participación de médico.** El médico se encarga de la anamnesis y la exploración física iniciales, la revisión de registros externos y la identificación de nuevos métodos de diagnóstico necesarios. La evaluación detallada de los antecedentes farmacoterapéuticos de la persona. Se encarga de una farmacoterapia que incluya disminución progresiva de la dosis del fármaco por medio de la técnica del “cóctel contra el dolor”.
- **Participación del psicólogo.** Se encarga de la primera evaluación psicológica, vigila y aplica las estrategias de tratamiento cognitivo y conductuales, enseña al paciente técnicas de afrontamiento y también las relaciones entre ideas, sentimientos, comportamientos y funciones fisiológicas. Coordina las sesiones de enseñanza y consejo, en lo individual y en grupo. Además interviene en forma decisiva para auxiliar a otros miembros del personal terapéutico a utilizar principios conductuales firmes para diseñar las actividades terapéuticas.

- **Participación de la enfermera.** Interviene en la enseñanza de temas como fármacos, dieta, sueño, higiene y actividad sexual. También auxilia a los pacientes a practicar nuevas capacidades recién adquiridas, evaluar las respuestas a los fármacos y actuar como punto de enlace de las comunicaciones para que el programa opere.
- **Participación de fisioterapeutas y los ergoterapeutas.** Se encargan de llevar la práctica de evaluación inicial y las fisioterapias activas para que los pacientes mejoren su potencia, resistencia y flexibilidad. Ayudan al paciente a desarrollar una mecánica corporal adecuada y estrategias para afrontar las exigencias físicas de un trabajo y las actividades de la vida diaria. Los ergoterapeutas revisan la historia laboral de la persona, sus capacidades y factores que podrían intervenir para decidir si se reintegra o no a sus labores. Auxilian en el establecimiento de actividades de reforzamiento y capacitaciones laborales.
- **Participación del orientador ocupacional.** El orientador ocupacional interviene en forma decisiva en el tratamiento de la persona para quien el objetivo terapéutico es la reanudación de labores, al ser incorporado el paciente, al programa terapéutico hará una evaluación muy detallada de intereses, escolaridad, aptitudes, capacidades físicas y de aprendizaje, experiencia laboral, habilidades transferibles y objetivos ocupacionales.

Los objetivos de tratamiento de los programas multidisciplinarios son:

- Identificación y tratamiento de problemas médicos no resueltos.
- Eliminación de fármacos impropios.
- Mejoría sintomática.
- Restauración de las funciones físicas.
- Restauración de las funciones sociales y ocupacionales.
- Disminución en el consumo de servicios asistenciales.
- Mejoría en el afrontamiento y las funciones psicológicas: alentar la independencia.

Factores esenciales del tratamiento son la integración de los datos médicos propios del dolor y las alteraciones físicas del paciente, con información con lo que él hace o no por su dolor, la forma en que tales comportamientos influyen en su capacidad física; la reacción de terceros a él, la influencia de factores psicosociales que contribuyen de manera directa e indirecta a su estado físico y emocional, y la probabilidad de rehabilitación (discapacidad).

La fisioterapia aplica principios de la medicina conductual y casi nunca incluye modalidades pasivas. La biorretroalimentación puede ser un complemento útil por que enseña a la persona la forma de tener el control de varias de sus funciones corporales. Concede gran importancia a mejorar la potencia, resistencia y flexibilidad, por medio de las actividades físicas.

Los fármacos se administran de modo que haya una cobertura cronológica, para disociar el reforzamiento de los comportamientos del dolor que ellos generan. Se disminuye la dosis durante el periodo de tratamiento, con pleno conocimiento del paciente. Se interrumpe el uso de casi todos los fármacos; las excepciones serían los antidepresivos, que suelen ser útiles para los pacientes con dolor crónico. El paciente debe aprender a no depender de prestadores de servicios asistenciales, recetas y fármacos.

Las estrategias psicológicas se orientan a modificar el comportamiento y no la personalidad del paciente. Los pacientes aprenden elementos de afrontamiento que suele ser un aspecto deficiente que haya originado innumerables dificultades a la persona. La depresión suele ser un componente del problema del dolor crónico, por lo cual su presencia justifica intervenciones psicológicas y farmacológicas. Los psicólogos se encargan de las sesiones de relajación y consolidación que permiten a los pacientes dedicarse a habilidades o tareas recién aprendidas y explorar temas de enseñanza y nuevas capacidades psicológicas.

Otro aspecto importante de la asistencia multidisciplinaria es la enseñanza que debe ser compartida entre el médico, el psicólogo y las enfermeras. Los temas incluyen problemas muy diversos que afrontan quienes sufren de dolor crónico. El contenido varía dependiendo de la población pero siempre hay puntos básicos o problemas: control el estrés, enseñanza

de la relajación, enseñanza de las técnicas de afrontamiento, control de la ira, comportamientos contra el dolor, trastornos del sueño, aspectos funcionales del estrés, enseñanza de la asertividad, estrategias cognitivas, métodos de comunicación, formas de combatir al depresión, control de crisis, creencias o significas del dolor, (Loeser y Turk, 2001, en: Loeser, 2001).

Los programas multidisciplinarios engloban una gran cantidad de aspectos que se atribuyen al dolor crónico, y que requieren del trabajo conjunto de diferentes especialistas que se centran en el tratamiento del dolor. La prioridad de estos programas es la reducción de la demanda de recursos asistenciales y la rehabilitación de los pacientes. Los resultados de estos programas son variados y se analizan en referencia a los costos, la rehabilitación del paciente, así como su reincursión a la vida laboral (Ver Loeser, 2001, cap. 109).

3.2. Programa de intervención psicológica para pacientes con dolor crónico. Los programas psicológicos para el tratamiento del dolor crónico son variados y manejan diferentes modelos de intervención; contemplan una amplia gama de factores que afectan al paciente Domínguez (1997), expone un enfoque de entrenamiento que maneja diferentes factores psicológicos que están presentes en el paciente con dolor crónico. Se delinean tres fases centrales en el tratamiento del dolor crónico:

- La primera parte incluye dos componentes. El primero es un análisis situacional y cognitivo/afectivo de las quejas de dolor crónico; esta etapa preeliminar está compuesta de múltiples facetas e incluye componentes como: determinar las cogniciones relacionadas con el dolor, identificar las conductas asociadas con éste, llevar un diario del dolor y evaluar la amplitud de las expectativas de eficacia. El segundo componente se encamina a determinar el papel de las personas significativas en la presentación de quejas, así como los efectos del dolor del paciente en sus relaciones con esa persona. Después concluye la fase con un proceso de reconceptualización que tiene como propósito reconceptualizar la experiencia del dolor en términos que implique esperanza y recursos positivos.

- La segunda fase de este enfoque involucra la adquisición y consolidación de la habilidad, en esta fase los pacientes reciben una exposición de una variedad de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductual: procedimientos de relajación, técnicas de distracción e instrucciones de autodeclaraciones. Al paciente se suministra una estrategia de cuatro etapas para fragmentar un episodio de dolor: 1) preparación para inicio del dolor, 2) confrontación y manejo de las sensaciones, 3) afrontamiento de las sensaciones y de los sentimientos en momento críticos, 4) pensamientos acerca de cómo manejar la situación y elaborar frases para promover su esfuerzo.
- En la tercera fase se realiza la aplicación en el ambiente natural, de las estrategias desarrolladas en las etapas previas, que incluyen la exposición graduada a situaciones vinculadas con el dolor, cambios en las decisiones relacionadas con el estilo de vida y estrategias para prevenir o minimizar las recaídas.

Acompañando a estas fases de entrenamiento es muy importante el desarrollo y la utilización de habilidades de control diseñadas para tratar con las señales de peligro ya identificadas. Estas habilidades incluyen procedimientos de relajación, reestructuración cognitiva y de autolocución, entrenamiento en asertividad, automonitoreo y apoyos sociales. Estos componentes deben ser estructurados y dispuestos a modificación dependiendo de las necesidades de los pacientes para brindarle un tratamiento eficaz y lograr buenos resultados.

3.3. Programa cognitivo-conductual para pacientes con dolor crónico. Miró (2004) describe un programa general de intervención que contempla seis etapas de tratamiento: 1) evaluación inicial, 2) reconceptualización, 3) adquisición y consolidación de habilidades, 4) aplicación práctica y repetición del entrenamiento, 5) generación y mantenimiento y 6) seguimiento.

- **La evaluación inicial** comienza con la recolección de datos físicos, psicosociales y conductuales que van a ser utilizados en la fase de tratamiento. Como hemos visto

depende de las características del paciente y del contexto en que se va a realizar el tratamiento, los ejes del mismo dependen de los objetivos y de las demandas del paciente y de la institución o terapeuta que pretendan trabajar con el paciente de dolor crónico. La evaluación sirve para aportar información con la que: a) establecer el nivel físico del paciente, b) contrastar los resultados obtenidos, c) determinar la naturaleza del problema y las características del paciente, d) establecer metas del tratamiento apropiadas y objetivas, e) iniciar el proceso de reconceptualización y f) definir la importancia de los allegados en el mantenimiento del problema.

- **Reconceptualización.** La fase de reconceptualización está pensada para facilitar el cambio, para preparar al paciente a futuras intervenciones y tratamientos. Desde el primer contacto, el clínico impulsa la modificación del concepto que tiene el paciente acerca del problema del dolor. A lo largo de este proceso, se educa a los pacientes para que modifiquen sus esquemas, las ideas preconcebidas sobre el dolor y sus formas de tratamiento. El paciente debe empezar a pensar en el dolor como una experiencia multideterminada, que supera la esfera física (médica), y que requiere de un tratamiento acorde a esta visión del problema; debe asumir que es posible que el tratamiento consista en ayudarlo a recuperar una vida más activa, funcional y satisfactoria y no tanto la eliminación del dolor. Es muy importante que en esta etapa el paciente tome un papel activo en su tratamiento. En esta fase se introduce el concepto de la conducta del dolor y los principios de aprendizaje, se aclaran y ejemplifican, los efectos ambientales en la conducta del dolor (interacción con la familia, los ámbitos laborales, la incapacidad e inactividad). Se plantean la necesidad de cumplir con determinadas tareas con el fin de obtener información del estado actual del problema y de las tareas de reafirmación y consolidación de habilidades en el hogar. Es fundamental dar instrucciones precisas, concisas y detalladas, explicar los motivos y necesidades de cualquier actividad, que es esencial para obtener los mejores resultados. En este punto se empiezan a concentrar los objetivos terapéuticos; en esta formulación se consideran la situación actual del paciente, con sus recursos y problemas, sus puntos fuertes y débiles, sus necesidades y proyectos, también las valoraciones de su pareja y allegados. Los

objetivos deben ser específicos y cuantificables; inicialmente, fáciles de conseguir, se asegura el éxito y se promueve la motivación y adherencia de los pacientes a la propuesta de tratamiento que se les formula. Entre los objetivos de la reconceptualización se encuentran:

- Reconceptualizar el problema del dolor. Se trata de conseguir que el paciente contemple el dolor como un problema que resulta manejable, combatir la desmoralización y sentimiento de desesperanza.
- Enseñar las relaciones e influencia recíproca entre pensamientos, emociones y conducta, y el nivel físico.
- Ayudar a que el paciente adopte un rol activo en la resolución del problema, que sea una persona con recursos y competente para aplicarlos.
- Enseñar estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas que se puedan utilizar para hacer frente a los problemas de dolor.
- Facilitar el aumento de las expectativas de eficacia personal y autoatribuciones positivas, en relación con los resultados obtenidos con el afrontamiento del dolor.
- Ayudar a los pacientes a prevenir recaídas, anticipar problemas y generar soluciones.
- Facilitar el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos en la clínica.

La reconceptualización del dolor se realiza mediante una aproximación socrática más que didáctica. Se analiza la interacción e influencia mutua de las distintas unidades (pensamiento, sentimiento, conductas y fisiología) en la percepción del dolor. Se pretende que el paciente luche contra la desmoralización y que empiece a entre ver que hay cosas que se pueden hacer para cambiar la situación y el problema, más allá de tomar medicación o permanecer pasivo esperando que el episodio de dolor remita o disminuya su intensidad, modificar las ideas negativas es fundamental, cambiar la creencia de que se es incapaz de realizar ciertas actividades o movimientos que pueden empeorar el problema (evitación). Este proceso de reestructuración cognitiva es una constante a lo largo del programa de

intervención, se fomentan pensamientos alternativos, valoraciones más realistas de la situación.

- **Adquisición y consolidación de las habilidades.** El objetivo de esta fase es que el paciente aprenda distintos tipos de estrategias y técnicas para controlar el dolor; consolidar las que ya tiene y aprender nuevas. Las estrategias y técnicas que habitualmente se utilizan son: relajación, respiración profunda y controlada, focalización y/o desviación de la atención, manejo de autoinstrucciones y técnicas como la biorretroalimentación. La mayoría de los pacientes deberán seguir un programa de activación y removilización; este programa de ejercicios gradual, diseñado según la edad, el sexo y el nivel físico, deberá formar parte de cualquier programa de tratamiento. Los objetivos deben ser fáciles de conseguir y aumentar progresivamente su intensidad, demanda y dificultad. Más allá de las ventajas en la mejora de la condición física, los beneficios de esta parte del programa de tratamiento son de naturaleza psicológica, cognitiva, motivacional y emocional, esta actividad permite contrarrestar el miedo del paciente a realizar actividades sin dolor, permite reforzar el sentido de control y fomentar las expectativas y autoatribuciones de éxito. El terapeuta ayuda a adquirir distintas habilidades, y mediante la práctica supervisada, facilita su consolidación en el repertorio habitual del paciente. Estrategias cognitivas y conductuales, dirigidas tanto a modificar la relación del paciente con los factores ambientales que inciden en la experiencia del dolor, como a modificar las interpretaciones que hacen de los acontecimientos, y a reducir los factores que aumentan el estrés y el dolor. El entrenamiento también sigue una secuencia gradual, en la que también se argumenta la necesidad de utilizar la estrategia, luego se analiza que uso hace el paciente de ella. Se debe tener en cuenta que los pacientes pueden tener dificultades para el aprendizaje de ciertas técnicas, por lo que hay que estar pendiente y modificarlos si es necesario. Primero se practica en el contexto terapéutico, y después, a medida que el paciente va adquiriendo práctica, en su hogar y los lugares que frecuenta. La relajación o la respiración profunda son claro ejemplo de estas técnicas, aparte de que son fáciles de aplicar y aprender, facilitan la motivación del paciente y ayudan a fortalecer su

sentido de eficacia y control personal. También son importantes las estrategias de resolución de problemas, el terapeuta ayuda al paciente a identificar los problemas (factores) que afectan a la experiencia del dolor y a buscar estrategias efectivas que permitan resolverlos, calibrando las ventajas e inconvenientes de cada posible alternativa, comparando diferentes soluciones y evaluando los resultados de cada una de ellas, y escoger las más efectiva y eficaz, dadas las condiciones.

- **Aplicación, práctica y repetición del entrenamiento.** A la fase de aprendizaje de nuevas técnicas y de mejorar la ejecución de ella, sigue la práctica. El paciente mejora y consolida los avances experimentados gracias a su práctica. Este proceso se realiza de forma gradual, y exige de una programación y diseño adecuado de la exposición del paciente a situaciones del dolor. En esta fase el paciente se enfrenta directamente a los episodios de dolor, se comienza con la exposición imaginada del episodio (después se podrá hacer ante el episodio real) y se retroalimenta al paciente a que utilice determinada técnica, se evalúa y en su caso se modifica, cualquier idea o conflicto que presente el paciente y se optimizan los recursos que el paciente puede utilizar en un futuro. A medida que las estrategias se consolidan, el terapeuta sugiere, suscita y planifica la utilización de estas estrategias en el ambiente natural.
- **Generalización y mantenimiento.** Este proceso se realiza y promueve durante toda la intervención. El terapeuta anticipa problemas y contribuye a encontrar soluciones específicas, se trata de proveer al paciente de todos los recursos necesarios para posibles dificultades que puedan aparecer. Evaluar los progresos y revisar las tareas que se hacen fuera de las sesiones clínicas también ayuda. Es muy importante que se atribuyan los progresos a los esfuerzos del paciente reforzando cada uno de ellos para fomentar su sentido de competencia personal.
- **Seguimiento.** Es importante preparar a los pacientes para tratar con los repuntes en la intensidad del dolor, fomentar unas expectativas realistas. Se sigue la aplicación del método de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon (1985; en: Miró, 2004); en lo cual lo primero es tratar de detenerse y prestar

atención a las señales de que se avecina un problema; segundo, mantener la calma, utilizando la relajación u otra estrategia; tercero, revisar la situación que atrajo el problema; cuarto, preparar un plan para hacerle frente. Así, paciente y terapeuta pueden practicar técnicas o estrategias con las que afrontar y resolver estas situaciones, que sin duda, aparecerán. Al finalizar el programa de tratamiento se le entrega al paciente nuevas hojas de registro y se les solicita que las devuelvan convenientemente llenadas al cabo de dos semanas, para evaluar los progresos conseguidos y el mantenimiento de las habilidades. Se acuerda después contacto en tres o seis meses y al año de finalizar la terapia de manera que se puedan resolver los problemas que vayan surgiendo.

Miró, (2004), sostiene que “las revisiones y meta-análisis publicados señalan que esta forma de tratamiento es la más efectiva de las que se están utilizando. Puntualiza su carácter integrador y multifactorial.” (p. 167)

Los programas expuestos en este capítulo intentan dar al lector una idea global de los procedimientos y técnicas de intervención, así como de sus principios o propuestas de integración de los múltiples factores del dolor crónico. Es muy importante ver estos programas como ejemplos de directrices o bases de aplicación que pueden cambiar dependiendo de las variables que se pretendan estudiar, investigar o comprobar.

Estos programas están hechos para el tratamiento del paciente con dolor crónico, pero también existen programas grupales, que en el caso de la intervención multidisciplinaria, la atención es grupal. Un formato de grupo tiene ventajas significativas y de gran valor si se realiza de forma adecuada. El apoyo entre los miembros del grupo puede servir para reforzar la puesta en práctica satisfactoria de nuevos comportamientos y para promover la perseverancia en momentos de retorno a comportamientos antiguos e ineficaces (Warfield y Fausett, 2004). Se puede conformar una red de apoyo emocional que permita enfrentar de mejor manera los propios estados emocionales. Esto es consistente con los patrones culturales de nuestro país, los cuales permiten, bajo ciertos contextos, expresar emociones e incluso recibir simpatía y apoyo por hacerlo, generando una descarga emocional colectiva;

las sensaciones de alivio de la tensión y de la mayor claridad de pensamientos intensifican la camaradería y hace surgir poderosas fuerzas de cohesión y solidaridad en el grupo (Domínguez y Vázquez, 2000).

Los grupos pueden estar integrados por individuos de diferentes diagnósticos de dolor o con dolor de diferentes causas. La combinación de diferentes diagnósticos tiene la ventaja de que los pacientes comprenden que las experiencias de dolor tienen cualidades universales con la inevitable comparación y la posterior observación frecuente de que “las cosas podrían ser peores”.

Las sesiones tienen lugar una vez a la semana por un lapso de diez a doce semanas y suelen durar dos horas aproximadamente. La participación de asesores externos, personas con dolor crónico que ya han participado satisfactoriamente en grupos anteriores, puede servir como modelo para los que están empezando. En estas sesiones se tratan diferentes cuestiones y aspectos, principalmente: entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad, entrenamiento en el manejo del estrés, manejo de la ira, resolución de problemas, técnicas para el control de conductas (alimentación, sueño), incluyendo elementos que refuercen dichos cambios (como la incorporación de la retroalimentación de los pacientes, escribir diarios, juegos de roles, la práctica supervisada de aptitudes y un conjunto de instrucciones para el momento de las exacerbaciones del dolor), técnicas de reestructuración cognitiva, información y educación sobre aspectos relacionados con la salud/enfermedad y tratamiento del dolor, afrontamiento y prevención de recaídas y mantenimiento de los resultados, (Miró, 2004; Warfield y Fausett, 2004).

En el siguiente capítulo se expondrá una propuesta para la atención de pacientes con dolor crónico, la propuesta está en formato de taller: “Afrontamiento y control del dolor”. Esta propuesta está basada en el “taller teórico-práctico de manejo del estrés” de Domínguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz y González (2002). Su elaboración contiene algunas técnicas que se emplean en dicho taller y se modificaron para la atención a pacientes con dolor crónico además de otras técnicas que se desarrollaron para este propósito.

CAPÍTULO 4

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL (PROPUESTA)

Como se ha descrito el dolor crónico comprende una gama muy amplia de problemáticas que requieren diferentes tipos de atención especializada, cada paciente presenta síndromes distintos de dolor, que requieren en muchos casos que el terapeuta se especialice en el paciente y en las características propias del síndrome doloroso. Como se ha descrito algunas características son más o menos homogéneas entre los pacientes con dolor crónico, lo que permite que el tratamiento pueda llevarse a cabo en forma grupal, que se reduzca costos atención; es decir, que se pueda atender a mayor número de personas y reducir los costos económicos derivados de la atención individualizada.

El paciente con dolor crónico necesita de una atención psicológica que le facilite la adhesión al tratamiento médico, que cubra aquellos factores que intensifican su cuadro clínico, que le proporcione las herramientas adecuadas para controlar su dolor y que facilite su rehabilitación.

El programa que a continuación se propone pretende cubrir estas necesidades de atención, cubre las necesidades de apoyo social que él paciente demanda, ya que se facilita la convivencia y cooperación con otras personas que comparten su situación; la participación del paciente se vuelve más activa si comparte sus experiencias y vivencias con otras personas con la que se puede identificar, fortaleciendo los conocimientos, las habilidades y las conductas que van emprendiendo durante la intervención.

Esta propuesta del taller surge de la práctica en el Hospital General Tacuba del ISSSTE; como parte de la práctica de Psicología Social (PAL VII y VIII) de la licenciatura en Psicología de la FES Iztacala, UNAM a cargo de la Mtra. Laura Ruth Lozano Treviño. En esa práctica, en el área de Ortopedia (consulta externa) se atendió a un grupo de pacientes que tenían en común dolor persistente que los médicos catalogaban como psicósomático, se formó un grupo y se estructuró un taller para atender la demanda. Los doctores planteaban

que los pacientes desarrollaban dolor psicossomático y requerían de atención psicológica, ya que ningún medicamento que se les recetaba, tenía efectos sobre su dolor, incluso algunos pacientes ya habían tenido cirugías previas, sin obtener resultados positivos. Al revisar la literatura sobre el tema se concluyó que los pacientes presentaban un cuadro de dolor crónico.

En el taller se aplicaron diversas técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. Se realizaron cinco sesiones practicando la relajación como eje principal y se lograron buenos resultados con los cuatro pacientes que se mantuvieron al finalizar las sesiones, los pacientes reportaban mejorías en sus estados de ánimo y en la conciliación del sueño. Se formó un segundo grupo con pacientes diferentes que igualmente, reportaban dolor persistente, en esta ocasión se empezó a tratar la reconceptualización con los pacientes, temas como el proceso de la enfermedad, la importancia de los hábitos sanos (dieta, sueño, actividades físicas y recreativas), el estrés, junto con las técnicas de relajación constituyeron los ejes de tratamiento a este grupo. Se tomaron las técnicas de relajación que se aplicaron en esta práctica para desarrollar la propuesta de taller y se conjuntó con el manual de Domínguez et al. (2002) para enriquecer el taller y poder ofrecer un programa de intervención.

Pretende proporcionar al terapeuta una serie de estrategias y técnicas para que brinde una atención estructurada y específica a pacientes con dolor crónico. Todas las técnicas que se emplean están descritas en la propuesta, algunas son adaptaciones que se hicieron para atender esta población y otras se desarrollaron en la práctica e investigación (Domínguez, 1997, Domínguez, 1996b, Domínguez y Vázquez, 2000, Domínguez, 2004, Domínguez, Pennebaker y Olvera, 2003 Miró, 2004, Loeser, 2001, Oblitas, 2004, Smith, 1992, Swanson, 2001 y Vázquez, 2001).

Generalmente, las técnicas de relajación son herramientas que los psicólogos conocen y saben aplicar, aquí están desarrolladas específicamente para atender las necesidades del paciente con dolor crónico, las otras técnicas se adaptaron para el tratamiento del dolor

crónico fueron tomadas de la teoría y práctica clínica, siguiendo las recomendaciones que los especialistas hacen en sus investigaciones.

La propuesta ofrece una forma estructurada de tratamiento que proporcione a los clínicos un programa que complemente y/o retroalimente el tratamiento médico y está encaminada a la rehabilitación del paciente.

El taller está diseñado para la participación de diez a quince participantes, para mantener uniformidad en la atención, ya que todos los pacientes deben recibir la misma oportunidad de expresarse y retroalimentarse. Se debe considerar un espacio amplio, bien iluminado y ventilado para la comodidad de los pacientes y la aplicación de las técnicas de relajación. La elección de los pacientes depende de la remisión del médico y de su evaluación; los pacientes deben presentar un cuadro de dolor crónico.

Ya que se tienen identificados a los pacientes con dolor crónico se realiza una entrevista semi-estructurada, con la finalidad de: conocer la historia del dolor (zonas afectadas, variaciones temporales en intensidad/frecuencia y las circunstancias en las que apareció), tener información sobre la medicación, formas de tratamiento que se hayan utilizado o se estén utilizando, los resultados obtenidos y los problemas detectados; así como las expectativas, motivaciones, deseos, objetivos y/o sobre algunas cogniciones distorsionadas, pensamientos erróneos a cerca de su condición física y de su capacidad o habilidad para superar el problema. (Anexo 1, tomado de: Miró, 2003). La entrevista es parte de la evaluación ya que a través de ella se detectan los factores que están interviniendo en el problema. Como parte complementaria se puede aplicar el inventario multidimensional del dolor de West Haven-Yale (MPI), éste proporcionara una mejor comprensión de los factores en los que se debe trabajar (Versión en español: Ferrer, González y Manassero, 1993).

Obtenida la información de los pacientes se concentran los ejes de intervención, aquellas problemáticas que mayor atención requiere, generalmente tenemos las ideas catastróficas, los pensamientos negativos, los esfuerzos frustrados para manejar los episodios de dolor, entre otros.

Se presenta a los pacientes el taller de afrontamiento y control del dolor, se manejan fechas de sesiones y duración del mismo. Es muy importante recalcar la importancia de la asistencia regular y puntual a las sesiones ya que tienen un seguimiento y si se pierde regularidad el paciente no logrará cumplir con los objetivos establecidos.

El taller está compuesto de diez sesiones semanales, que tienen una duración de dos a dos horas y media dependiendo del número de pacientes y de la práctica de la relajación (algunas técnicas de relajación pondrían extender la duración de la sesión). Si el grupo de pacientes dispone de tiempo se pueden hacer dos sesiones por semana, que se puede ocupar para ampliar y detallar el trabajo de la primera siguiendo con la estructura de las sesiones.

Instrumentos.

El inventario multidimensional del dolor (ya antes descrito) y su interpretación. Ya que ayudará a identificar las problemáticas específicamente en que se deben trabajar con cada paciente. Es muy importante aclarar que aunque es un trabajo grupal se debe intervenir individualmente durante las sesiones ya que los pacientes por lo regular no tienen la misma sintomatología.

EL dibujo del dolor. El objetivo es identificar en cada paciente, qué zona corporal es la afectada, conocerla y tenerla presente durante el avance de las sesiones. Durante las sesiones se aplicaran diferentes técnicas de relajación algunas requieren que el paciente haga un esfuerzo físico, ya que si se trabaja la zona afectada, se podría dañar o intensificar el dolor. Tener presente el dibujo facilitará la modificación individual en cada sesión. En otras técnicas de relajación se requiere que el paciente se concentre en las zonas que le produce dolor; en ellas el dibujo facilitará al terapeuta identificar qué zona se debe trabajar. Este instrumento puede presentarse durante la entrevista o al iniciar el taller (anexo 2).

El diario del dolor. El objetivo de este autoregistro es obtener una línea base del estado del paciente, de sus actividades y de su medicación, nos proporcionará información detallada de las conductas relevantes del paciente. Este registro tiene la ventaja que se puede volver a

aplicar al finalizar el taller para comparar con los registros de inicio del mismo. Lo que nos ayudará a describir resultados y la evolución del paciente en cuanto a la percepción del dolor. Se les pedirá a los pacientes que los llenen durante la primera semana, siete días, para entregar sus hojas de registro en la segunda sesión. En la sesión nueve se les volverán a entregar para que los llenen durante siete días y lo entreguen en la sesión diez. (El autoregistro se puede llevar durante todo el taller, depende del terapeuta, pero es más recomendable mantener una separación inicio-final, ya que el paciente podría cansarse del llenado y dejarlo de lado). Es muy importante considerar como con todos los autoregistro, la reactividad que el registro genere en el paciente ya que puede modificar tanto la conducta del paciente como el llenado real de las conductas (anexo 3).

Registros de la relajación muscular: La relajación muscular cuenta con cuatro fases. Cada fase cuenta con un registro diferente y una duración de una semana por cada fase. Las fases variarán según el paciente logre dominar la relajación. Fase inicial para 16 grupos musculares (anexo 4), fase intermedia para siete grupos musculares (anexo 5), fase intermedia para cuatro grupos musculares (anexos 6), fase final relajación por evocación. La relajación muscular tiene por objetivo que el paciente aprenda a relajarse a través de un aprendizaje (discriminación) de sus estados de estrés y distrés. Es la primera técnica de relajación que se emplea en el taller, esta técnica permite al paciente identificar como el estrés genera dolor a través de la tensión muscular. Esta técnica permite entender el cuerpo y sus estados de relajación; el paciente podrá comprender y se le facilitará la adquisición de técnicas subsecuentes.

Las técnicas de relajación en las que se adiestrará a los pacientes son: la relajación progresiva, la aceptación de sensaciones e imaginaria, que están enfocadas al tratamiento del dolor crónico. La **relajación progresiva** es la técnica inicial del tratamiento, los pacientes aprenderán a relajar su cuerpo y reducir el estrés provocado por el dolor. La técnica de **aceptación de sensaciones** ayudará a los pacientes a reconocer su cuerpo, las zonas de dolor y sobre su intensidad real (anexo 8). A través de **la imaginaria** podrán responder ante los acontecimientos vitales y los episodios de estrés provocados por los problemas cotidianos (anexo 9). En cada sesión se hablarán sobre los problemas asociados

al dolor y las formas en que se pueden resolver; las dinámicas están enfocadas en reconceptualizar los problemas, pensamientos y comportamientos que intervienen directamente con el síntoma del dolor y la vida cotidiana (**reestructuración cognitiva**).

Objetivos de taller:

- El paciente reconceptualizará la visión que tiene de su sufrimiento;
- El paciente desarrollará e implementará formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. Y mejorará la relación entre el medio y sus síntomas;
- El paciente adquirirá comportamientos para el manejo eficaz de los problemas que tienen que ver con su dolor.

A continuación se describen las diez sesiones del taller. Estas sesiones se pueden modificarse de acuerdo a la población y a los tiempos, en muchas circunstancias a los pacientes les cuesta aprender las técnicas de relajación o el proceso de reconceptualización tarda más tiempo.

Sesión 1. *Dolor y Estrés.*

OBJETIVOS	CONTENIDOS
1. Introducción del taller. 2. Plantear objetivos de taller. 3. Plantear forma de trabajo 4. Establecer reglas grupales Reconceptualizar la visión del dolor	Relación entre el estrés y el dolor. Autorregulación del dolor.

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Presentación del taller.	Pizarrón y gises.	10'
2. Plantear reglas grupales.	Pizarrón y gises.	10'
3. Dinámica de presentación entre pacientes. (Es libre y depende del terapeuta).	Pizarrón y gises.	20'
4. Presentación del diario de dolor y cómo hacer su registro.	Se entrega una copia a cada paciente (anexo 3).	15'
5. Exposición: Relación entre el estrés y el dolor y autorregulación del dolor.	Proyector Multimedia	20'
6. Relajación muscular	Protocolo de relajación y registro de relajación para 16 grupos musculares (anexo 4).	40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Presentación del taller.

- Dar la bienvenida al grupo
- Se describe la forma en que se va a trabajar durante las sesiones
- El trabajo a través de dinámicas y del aprendizaje de las estrategias para disminuir y controlar el dolor.
- Se puntualiza la importancia de este tipo de tratamiento en el caso de pacientes con dolor crónico y sus beneficios.

2. Plantear reglas grupales.

- Asistir a todas las sesiones.
- Ser Puntuales en sus asistencias.
- Respetar a los otros participantes.
- Respeto por las ideas, creencias y motivos de los participantes. Recibimos el respeto de los demás participantes y del terapeuta.
- Libre expresión de todos los participantes. Todos tenemos derecho de participar.
- Los temas a tratar también deben respetarse, así como tratar los que se hablan en el grupo como confidenciales si así lo solicitan los pacientes.

3. Dinámica de presentación.

Cada paciente se presentara ante el grupo, se comenzara de derecha a izquierda. Indicando su nombre, como le gusta que le llamen, edad, alguna característica de su personalidad o forma de ser y de su padecimiento. Todos los pacientes deben presentarse.

4. Presentación del diario de dolor.

Explicar y resolver dudas sobre la aplicación del registro.

Éste se llevará por una semana para recabar datos del paciente y crear una línea base.

Se entrega una copia del registro a cada paciente, se le indica el llenado del mismo y se explica la importancia y razón de su implementación.

(Siempre hay que mantener bien informado al paciente para lograr mayor adhesión al tratamiento y cumpla con los objetivos del registro, de las técnicas y de las estrategias que va a aprender).

5. Exposición oral:

Relación entre el estrés y el dolor

- Autorregulación del dolor

Se plantea el ciclo dolor-estrés que se genera con el dolor crónico; se explica como éste intensifica el dolor y cómo es que se pretende atacar el problema. En cuanto a la autorregulación se explican las estrategias que se pueden emplear para regular el dolor y cómo es que éstas cumplen con su

función. El objetivo es reconceptualizar la percepción del dolor como un evento catastrófico, para convertirlo en un evento que se puede manejar y controlar.

6. Relajación muscular.

Se introduce la técnica y se explica como está le servirá al paciente para mejorar sus estados afectivos e incluso de sueño si se práctica regularmente. Se explica en que consiste la técnica y se presenta el registro que deben llenar. También deben practicarla en casa, por lo menos una vez al día con la ayuda de un familiar que les vaya informando la secuencia de los grupos musculares, la práctica en casa irá incrementando la habilidad del paciente para relajar su cuerpo. Para ello se les da una copia del protocolo de relajación (Anexo 4).

Se le pide a los pacientes que se sienten en una silla cómoda con respaldo, que su ropa no les apriete o incomode, la posición es sentados y recargando la espalda en el respaldo de la silla o sillón. Se les pide que cierren los ojos y comiencen con tres respiraciones profundas, inhalando por la nariz y exhalando por la boca, después la respiración debe ser inhalando y expirando por la nariz. (Vázquez, 2001).

Terminada la práctica de relajación muscular, se hablará sobre las dificultades que tienen para la realizar esta práctica, si lograron un estado de relajación y su experiencia. Se les debe invitar a comentar sus experiencias, de forma que se puedan retroalimentar unos de otros y viceversa. El terapeuta siempre debe estar atento de la situación grupal y de vez en vez ayudará para que fluya el desarrollo de la reflexión entre los pacientes.

Cierre de sesión. Se les invita para la próxima sesión y se hacen los recordatorios sobre los registros y la práctica de la relajación muscular en casa.

Sesión 2. EL problema del dolor.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Reconceptualizar la visión que se tiene del sufrimiento. • 2. Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas que tienen que ver con el dolor. 	<p>Dinámica: Diario del dolor.</p> <p>Respiración diafragmática</p> <p>Relajación muscular para siete grupos musculares.</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Diario del dolor	Hojas de registro llenadas por los pacientes.	30'
2. Respiración diafragmática	Protocolo de respiración diafragmática (anexo 7).	40'
3. Relajación muscular para siete grupos musculares	Protocolo de la relajación y hojas de registro (anexo 5).	40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Diario del dolor.

Objetivo: Facilitar la identificación de los estresores que exacerbaban la respuesta del dolor.

En esta sesión se trabaja con los autoregistros del diario del dolor; se trata de identificar los episodios del dolor, los marcadores del registro nos darán información acerca de que acción o actividad realizaba el paciente antes de que iniciara el episodio y si éste fue desencadenado por alguna particularidad del momento (situación estresante) o este episodio generó una situación

estresante intensificando el dolor. Se tendría información de una semana de actividad del paciente con ello se podrá categorizar o jerarquizar las situaciones estresantes y su relación con el medio. Con la idea de resolver tales situaciones con diferentes estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, relajación y sus diferentes modalidades, asertividad, manejo de la ira, conciliación, etc.). En esta labor los pacientes pueden ser muy creativos ofreciendo soluciones o alternativas que ellos usan y les han funcionado, retroalimentándose en la solución de problemas específicos o implementando nuevas formas de solución que ellos mismos o el terapeuta sugieran.

2. Respiración diafragmática. (Syrjala, 2001 en: Loeser, 2001, p. 2114; otra versión de la técnica en: Domínguez et al. 2002, p. 36). Anexo 7.

Se pedirá a los pacientes que se sienten en una silla lo más cómodo posible, que la espalda esté recta, sin tensar mucho el cuello, los brazos pueden ser recargados en las piernas, las instrucciones las pueden seguir con los ojos abiertos o cerrados, como se sientan más cómodos, pero se recomienda que al principio cierren los ojos para que puedan concentrarse en las respiración.

(Esta relajación tiene la ventaja de su fácil aprendizaje, puede ser usada durante un episodio fuerte de dolor ya que no requiere de un esquema establecido como la relajación muscular en sus primeras fases. El paciente puede responder a situaciones estresantes fuera de la comodidad de su casa).

3. Relajación muscular para siete grupos musculares (anexo 5).

Terminada la relajación, se hablará sobre las dificultades que tienen para la realizar la técnica, si lograron un estado de relajación y su experiencia. Los pacientes deben sentirse cómodos para hablar de su experiencia, estableciendo un ambiente de confianza para que sientan libres de hablar y compartir la experiencia. Se les debe invitar a participar.

Hay que reiterar el llenado de los registros de la relajación, ya que son una herramienta muy útil para ver el progreso del paciente y poder retroalimentarlo en el transcurso del proceso. Darle seguimiento al paciente y que él mismo pueda ver sus avances y progresos.

Sesión 3. La experiencia del dolor.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. • Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas relacionados con el dolor. 	<p>Dinámica: Experiencia del dolor</p> <p>Relajación muscular para cuatro grupos musculares (anexo 6).</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. La experiencia del dolor	Hojas en blanco y plumas	60'
2. Relajación muscular para cuatro grupos musculares	Protocolo de la relajación y hojas de registro (anexo 6).	40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica. Experiencia del dolor (percepción del dolor/sufrimiento)

Objetivo: Identificar los pensamientos negativos o catastróficos que acompañan al estado de salud del paciente.

Cada paciente describirá aquellos pensamientos negativos que rodean a la situación del dolor y los anotarán en forma de lista. Los pacientes en semicírculo comentarán aquellos pensamientos negativos que desarrollaron en función del dolor (Consultar listado de pensamientos negativos y su modificación a pensamientos positivos en: Swanson, 2001, cap. 8; estilos de pensamiento

irracionales y racionales en: Domínguez et al. 2002, p. 30). El terapeuta llevará una lista de estos pensamientos eliminando los repetitivos o similares, en un pizarrón para que todos los vean y se puedan discutir y tratar en forma grupal. La idea central es que los mismos pacientes puedan modificar esta lista de pensamientos negativos y transformarla en pensamientos funcionales y positivos, intercambiando palabras negativas por positivas (por ejemplo, no puedo hacerlo, por puedo hacerlo); la retroalimentación y reflexión son esenciales en esta dinámica. El terapeuta aportará ideas para encaminar la sesión al cumplimiento del objetivo.

2. Relajación muscular para cuatro grupos musculares. (Anexo 6).

Terminada la relajación, se hablará sobre las dificultades que tuvieron para la realizar la técnica, si lograron un estado de relajación y su experiencia. Los pacientes deben sentirse cómodos para hablar de su experiencia, se les debe invitar a participar.

Sesión 4. El problema del dolor y que acción seguir.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. • Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas relacionados con el dolor. 	<p>Dinámica: ¿Qué hago? Relajación muscular por evocación.</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica ¿Qué hago?	Hojas en blanco y lápices	60'
2. Relajación muscular por evocación	Protocolo de relajación (Vázquez, 2001)	40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Una vez que se han expuesto los pensamientos negativos que surgen del proceso del dolor se deben identificar qué conductas o acciones siguen esos pensamientos, es decir, cuando hay un episodio de dolor, qué es lo que el paciente hace para enfrentar el episodio.

1. Dinámica: ¿Qué hago?

Objetivo: Identificar conductas adecuadas que sirven para afrontar el dolor.

En semi círculo se les pregunta a los pacientes: ante un episodio de dolor ¿Qué hacemos?

¿Cuáles son las acciones que seguimos para controlar el dolor, para disminuirlo, para enfrentarlo? Se evidencian las acciones o actos que los pacientes hacen para enfrentar el dolor, expresándolo con claridad y ofreciendo estrategias adecuadas para ello.

Acciones como el uso de medicamentos contra el dolor, el recostarse y esperar que el episodio pase, ocuparse en acciones nocivas como son: el enfado, discutir con familiares, conductas malsanas (fumar o beber), etc. Determinar si estas conductas son adecuadas para minimizar el episodio o controlarlo de forma eficaz. Se le ofrecen a los pacientes alternativas para enfrentar el episodio. Aquí se puede introducir la técnica de relajación profunda y practicarla. También intervienen otras estrategias de distracción enfocadas en la tarea, imaginería y estrategias cognitivas (evaluación de la experiencia del dolor, auto eficacia, interpretaciones, respuestas afectivas). Todo ello se discutirá con el grupo, creando estrategias específicas a la problemática específica; es decir, crear estrategias que se apliquen cotidianamente en caso de un episodio de dolor. Por ello la participación activa del paciente es determinante en esta dinámica.

2. Relajación muscular por evocación.

Durante la relajación por evocación se van a emplear los mismos cuatro grupos musculares que en el procedimiento anterior, pero los pacientes no harán estrategias de tensión, sino que se concentrarán en detectar sensaciones de tensión que presenten, para pasar a continuación a evocar las sensaciones asociadas con la distensión. Esta forma de relajación le proporcionará una habilidad que puede ser utilizada prácticamente en cualquier situación que implique niveles elevados de tensión muscular y activación, ya que no requiere utilizar los ejercicios de tensión que son difíciles de realizar en situaciones cotidianas en la vida real del paciente.

Instrucciones:

Sentados lo más cómodo posible, cerramos los ojos y hacemos los ejercicios de respiración, inhalamos y exhalamos, vamos hacer un recorrido mental por los cuatro grupos musculares: 1) ambos brazos, 2) cara y cuellos, 3) pecho espalda, abdomen, 4) las pierna y los pies; tratando de identificar las sensaciones de tensión que se estemos experimentando. Si en un grupo muscular no se logra la relajación, hacemos el procedimiento de tensión hasta lograr el estado de distensión y continuamos con los siguientes grupos musculares.

Por secuencia se recorre el cuerpo en busca de los músculos tensionados, al encontrar un músculo tensionado recordamos la sensación de relajación lograda en los ejercicios anteriores de relajación. Si no logramos la relajación en ese músculo tensionado realizamos la tensión/distensión, hasta lograr la relajación del músculo y continuar con la secuencia de relajación. La relajación por evocación se logra recordando las sensaciones de tranquilidad y pasividad que se lograron con la práctica del ejercicio de tensión/distensión.

Es importante que en esta sesión también se haga una evaluación de estado de relajación, que permita ver el desempeño de paciente y poder trabajar con los problemas específicos de la relajación. Una vez que se ha logrado esta relajación por evocación se realiza una última práctica de relajación. La relajación por recuento, esto es, que el paciente evoque las sensaciones de relajación creadas en el ejercicio anterior, logrando una automatización de la distensión muscular. Esta práctica se puede hacer varias veces al día para lograr mayor eficacia en la aplicación de la técnica.

Al finalizar la sesión el paciente ya ha aprendido la habilidad de relajarse, pero la práctica diaria hará que se especialice en el procedimiento de relajación, dando la oportunidad de intentar otras formas de relajación, por ello, se comenzará a introducir otras formas de inducir la relajación.

La siguiente sesión se hará un ejercicio de relajación que requiere que los pacientes se recuesten el suelo, es pertinente que los pacientes consigan o se le proporcionen un tapete o colchoneta para su uso.

Sesión 5. Escritura: Experiencia traumática.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reconceptualizar la visión que se tiene del sufrimiento. • Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas que tienen que ver con su dolor. 	<p>Dinámica: Aceptación de sensaciones</p> <p>Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva.</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica: Aceptación de sensaciones.	Colchoneta o tapete para cada paciente Protocolo de la técnica Aceptación de sensaciones (anexo 8).	60'
2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva	Hojas en blanco y lápices/plumas	45'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica: Aceptación de sensaciones (Anexo 8).

Objetivo: Que el paciente acepte pasivamente las sensaciones corporales (dolor).

Esta técnica crea en el paciente un estado de tranquilidad y pasividad, le permite enfrentar el dolor de una forma directa, se ponen en contacto con la zona que le duele y puede percibir el dolor de una forma real sin la exacerbación de las cogniciones y la activación corporal. El terapeuta debe estar muy atento a la respiración del paciente ya que ésta le permite observar si el paciente está logrando los objetivos de la técnica. Al finalizar la práctica se les debe dar un momento para que puedan reincorporarse y seguir con las actividades. (En la práctica de Psicología Social en el Hospital General Tacuba esta técnica fue aplicada en el grupo que se formó con los pacientes de Ortopedia

(consulta externa) que se atendió. Estos pacientes presentaban dolor crónico, los pacientes reportaron mejoría en sus estados anímicos y afectivos, disminuyó el insomnio y la percepción del dolor).

2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva (Domínguez, Pennebaker y Olvera, 2003).

Objetivo: Modificar los estilos de afrontamiento del paciente para que pueda manejar de una manera más positiva los eventos traumáticos y regular sus estados emocionales.

Se pedirá a los pacientes que escriban sobre la experiencia más traumática que hayan tenido, acerca de conflictos o problemas de magnitud, que hayan experimentado o experimenten, de su experiencia ante el dolor. Pensando en cómo la experiencia de padecer el dolor ha modificado su vida cotidiana, laboral y social. Enfatizar en cómo perciben el dolor o los episodios de mayor dolor experimentado. El tiempo de escritura puede variar dependiendo de la disponibilidad del paciente para lograr una escritura reflexiva, entre cuarenta minutos y una hora. Esta técnica puede variar los estados emocionales del paciente; por ello es muy importante estar listo en caso de que se requiera de contención emocional, aislar al paciente para que no interrumpa la escritura de los demás y tranquilizarlo.

Son cuatro ejercicios de escritura que abordan diferentes problemáticas, en el primer ejercicio se aborda la experiencia más traumática ante el dolor; el segundo ejercicio de escritura aborda los conflictos actuales y se plantea una solución para poder resolverlo; en el tercer ejercicio se aborda la influencia que ha tenido la enfermedad en el paciente; y el cuarto ejercicio se enfoca en plantear los avances, expectativas y experiencias positivas en pro de mejorar su estado de salud.

Los pacientes en semi círculo hablarán sobre las dificultades que tuvieron para realizar la actividad, de los problemas que representa exteriorizar sus experiencias y sus emociones, cómo resolvieron o intentaron resolver esas problemáticas (El discutir o mencionar lo que escribieron no es de mayor relevancia más que para el paciente).

Sesión 6. Escritura: Evento problemático y solución.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reconceptualizar la visión que se tiene del sufrimiento. • Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. 	<p>Dinámica: Aceptación de sensaciones Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva.</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica: Aceptación de sensaciones.	Colchoneta o tapete para cada paciente Protocolo de la técnica Aceptación de sensaciones (anexo 8).	60'
2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva	Hojas en blanco y lápices/plumas	45'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica: Aceptación de sensaciones (Anexo 8).

Objetivo: Que el paciente acepte pasivamente las sensaciones corporales (dolor).

Esta práctica fortalecerá la confrontación del dolor, para que los pacientes puedan entrar en contacto con el dolor desde un punto de pasivo y reinterpreten la situación real de dolor, disminuyendo sus estados de activación y su percepción de sufrimiento.

2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva (Domínguez, Pennebaker y Olvera, 2003).

Objetivo: Modificar los estilos de afrontamiento del paciente para que pueda manejar de una manera más positiva los eventos traumáticos y regular sus estados emocionales.

Segunda sesión de la Escritura Emocional-Autorreflexiva, se les pide escribir sobre un evento doloroso al que agregarán el planteamiento de la solución. Instrucciones: “van a escribir sobre un evento que les cause conflicto en su vida (ya sea en la casa, en el trabajo, con la familia o amigos), vamos a plantear una posible solución a ese conflicto”. Siempre se les reitera a los pacientes que profundicen en sus emociones y pensamientos. Esta estrategia confronta al paciente con su percepción y creencias. Facilita la reinterpretación de sus emociones y las asocia con estados emocionales adecuados ante la experiencia del dolor.

Al terminar se discuten las dificultades que se encontraron, cómo es que la fueron resolviendo y siguieron adelante con su escritura. De igual modo hay que estar resolviendo dudas y enfocar al paciente en el cumplimiento del objetivo.

Sesión 7. EL padecimiento: Su influencia en la vida.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reconceptualizar la visión que se tiene del sufrimiento. • Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. 	<p>Dinámica: Aceptación de sensaciones</p> <p>Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica Aceptación de sensaciones	Colchoneta o tapete para cada paciente Protocolo de la técnica Aceptación de sensaciones (anexo 8).	60'
2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva	Hojas en blanco y lápices/plumas	45'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica: Aceptación de sensaciones (Anexo 8).

Objetivo: Que el paciente acepte pasivamente las sensaciones corporales (dolor).

2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva (Domínguez, Pennebaker y Olvera, 2003).

Objetivo: Modificar los estilos de afrontamiento del paciente para que pueda manejar de una manera más positiva los eventos traumáticos y regular sus estados emocionales.

Tercera sesión de la Escritura Emocional-Autorreflexiva. Se les pedirá a los pacientes que escriban sobre los problemas y dificultades que le ha generado su padecimiento y como interactúan es su

entorno familiar, laboral y los sentimientos asociados a ello. Se les brinda a los pacientes una lista de palabras y se invita a utilizarlas de acuerdo con su propio estilo de escritura; esta lista puede contener las frases o palabras que se enlistaron en la sesión 3; esto ayudará a los paciente a que su escritura sea más fluida y puedan profundizar en sus propias ideas, pensamientos y creencias. Se les indica que aprovechen la oportunidad de explorar sus pensamientos y emociones aun más. En esta sesión se abordará cómo es que han modificado estas problemáticas con las estrategias aprendidas o las dificultades que se han presentado con los familiares o en la situación cotidiana. Es importante enfatizar en la reflexión, ofrecer alternativas y discutir las. Centrar al paciente en la resolución de estos conflictos y mejorar los estilos de vida.

Lista de palabras		
Satisfacción	Tristeza	Analiqué y comprendí que...
Tranquilidad	Dolor	He aprendido que...
Sinceridad	Enojo	Busco la solución...
Alegría	Preocupación	Ahora sé que debo...
Gusto	Coraje	Encontraré la solución que...
Provecho	Temor	No siempre sé que...
Amor	Frustración	Acepto que...
Agradable	Desagradable	Lo que ocurrió me ha...
Superación	Desagradable	Ahora espero que...
Alivio	Odio	Ahora nunca me...
Felicidad	Miedo	Veó lo que ocurrió como...
Contento	Desesperación	Ahora me siento...
	Decepción	

Sesión 8. Motivación y expectativas

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Reconceptualizar la visión que se tiene del sufrimiento. • Desarrollar e implementar formas más efectivas y adecuadas de pensamientos, sentimientos y respuestas. 	<p>Dinámica: Intención y querer.</p> <p>Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica: Intención y querer.	Pizarrón, gises, hojas en blanco, lápices	40'
2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva	Hojas y lápices	40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica: Intención y querer. (Modificada de Acevedo, 1997).

Objetivo: Sensibilizar a los pacientes en la indagación de motivos personales de acción.

Se les pide a los pacientes que ubiquen, de la manera más precisa que sea posible, cinco acciones, particularmente significativas, que en su vida cotidiana requieran realizar, pero que no puedan llevarlas a cabo. Se anotarán en una hoja en donde la frase comience con la palabra “no puedo...”. En un pizarrón se pone la frase “no puedo...” a continuación un paciente pasa a escribir sus cinco acciones. Al terminar se borra la palabra “puedo” y se escribe la palabra “quiero...”, quedando

escrito “no quiero”. El terapeuta interviene explicando como aquellas acciones que no creemos conseguir pueden estar encubiertas, tanto en una creencia falsa o en pensamientos negativos y pesimistas. Se discuten como las acciones expuestas pueden llevarse a cabo y reflexionar los móviles y motivaciones para lograrlo.

2. Técnica: Escritura Emocional-Autorreflexiva (Domínguez, Pennebaker y Olvera, 2003).

Objetivo: Modificar los estilos de afrontamiento del paciente para que pueda manejar de una manera más positiva los eventos traumáticos y regular sus estados emocionales.

Última sesión de Escritura Emocional Autorreflexiva. Se les pedirá a los pacientes que escriban cómo está relacionada su experiencia de dolor con su vida cotidiana y con su futuro. Pedirles que escriban sobre aspectos positivos (aprendizaje) que les dejó esa experiencia para vivir el presente y planear el futuro. Pero que se sienta libre de avanzar en cualquier dirección, que se sienta comfortable e indague más adentro de sus más profundas emociones y pensamientos. Las expectativas de mejorar su calidad de vida y mejorar su condición de enfermos a rehabilitados o en proceso de estarlo.

Sesión 9. EL dolor y la vida diaria.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas que tienen que ver con su dolor. 	Dinámica: La pecera Ejercicio de relajación con imaginiería guiada

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Dinámica: La pecera		60'
2. Relajación: Imaginería guiada	Protocolo de relajación con imaginiería guiada (anexo 9).	30'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Dinámica: La Pecera. (Modificada de Fuentes et al. 2000).

Objetivo: Profundizar en los problemas relacionados con el dolor en la vida cotidiana y plantear soluciones concretas.

Se divide el grupo en dos equipos; uno se sentará en círculo y discutirá sobre los problemas que enfrentan en relación con el dolor, con su familia o en la vida cotidiana. El otro equipo estará alrededor del primero observando la discusión. Se les dará de 20 minutos para discutir. Terminando el tiempo, el equipo observador sugiere otros argumentos que se podían haber discutido, aspectos no tratados, estrategias, etc. El proceso debe repetirse intercambiando los roles de los equipos. Esta dinámica brinda una perspectiva diferente a los observadores de las problemáticas y soluciones que puede utilizar para sí y como apoyo a los demás miembros del grupo.

2. Ejercicio de relajación con imáginería guiada (Anexo 9).

Objetivo: Inducir un estado de relajación por medio de recreación de escenarios agradables.

Este ejercicio de relajación puede ser variado, ya que cada terapeuta tiene un estilo particular y puede desarrollar otras imágenes o situaciones que le parezcan adecuadas a esta situación; las instrucciones que se presentan en el anexo 9 son sólo un ejemplo de lo que se puede utilizar. Puede ser modificada, ampliada o tener otros elementos que el terapeuta considere. Para la elaboración de este ejercicio se utilizaron las recomendaciones hechas por Smith (1992), Apéndice B “El protocolo básico: Normas para la realización de un guión de relajación” (p. 103).

Sesión 10. Logros y avances.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir comportamientos para el manejo eficaz de los problemas que tienen que ver con su dolor. 	<p>Ejercicio de relajación con imaginería guiada</p>

ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1. Relajación: Imaginería guiada	Protocolo de relajación con imaginería guiada (anexo 9).	30'
2. Resolviendo dudas y despedida		40'

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
<p>1. Ejercicio de relajación con imaginería guiada.</p> <p>Objetivo: Inducir un estado de relajación por medio de recreación de escenarios agradables.</p> <p>2. Resolviendo dudas. En la última sesión se hace una revisión de los avances que los pacientes han tenido, resolviendo dudas, ampliando temas que se han revisado. Esta sesión se planea conforme al avance que los pacientes han tenido, si es preciso regresar a la revisión de los componentes emocionales y las acciones ante un episodio de dolor. Se pueden implementar técnicas de resolución de problemas, autoestima, depresión, ansiedad, hábitos alimenticios, manejo de la ira, entre otros; el terapeuta deberá decidir cual se puede trabajar dependiendo de las necesidades del grupo. El trabajo reflexivo tiene mucha importancia ya que es a través de este que el paciente se hace conciente de la situación y de sus alcances.</p>

CONCLUSIÓN

La psicología de la salud tiene un amplio campo de investigación, a través de los años ha desarrollado técnicas y estrategias de intervención que se ocupan de la atención de múltiples padecimientos, el factor psicológico es determinante en el proceso de la enfermedad, tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, el asma, los trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, comer compulsivamente), la obesidad, la conducta de fumar o el alcoholismo, hipertensión y enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, VIH/SIDA). El campo investigación es muy amplio y requiere de un trabajo conjunto entre diferentes especialistas que se encargan de la salud, entre los que consideramos a los médicos y sus especialidades que le engloban, las enfermeras y trabajadores sociales, así como administrativos de diferentes instituciones que se encargan de la salud (clínicas, hospitales o el sistema de salud).

La investigación en el campo de la salud va en aumento, sobre todo por que la salud es uno de los principales temas de importancia a nivel mundial, la salud le concierne a múltiples instituciones nacionales e internacionales que regulan los estándares de salud. La búsqueda de nuevas estrategias de intervención y programas de prevención requiere que el psicólogo acceda a las instituciones de salud, que favorezcan los tratamientos médicos; establecer el trabajo multidisciplinario que permita al paciente recibir atención integral y de calidad. Este trabajo requiere no solo de un cambio en la visión del psicólogo en cuanto al trabajo con la salud, sino que el médico entienda la importancia de estos factores en el desarrollo de la enfermedad.

La investigación requiere que se estudie a fondo los fenómenos relacionados con la enfermedad, aquellos factores psicológicos que desarrolla el paciente durante la enfermedad o se desencadenen dentro de esta; por ejemplo, esta establecido que la conducta “tipo A” es un factor fuertemente asociado en enfermedades cardiovasculares; conociendo el hecho, se han creado programas de prevención e intervención especializados en los padecimientos asociados a esta población vulnerable.

La evaluación es uno de los temas más amplios de investigación, ya que es complicado establecer una forma general de evaluar diferentes fenómenos psicológicos. Tenemos el caso concreto del dolor crónico, son tantos los factores que intervienen en su desarrollo, en la exacerbación del problema, en el mantenimiento del síndrome y en la dificultad de rehabilitación, que no se puede crear una forma general de evaluación, lo que implica la fragmentación.

La evaluación psicológica permite conocer cuales son los factores implicados en el desarrollo del dolor crónico, nos ofrece una mejor comprensión de los procesos psicológicos implicados en la exacerbación del problema, se identifican las problemáticas del paciente y se pueden crear los tratamientos adecuados para atender a la población, por ello es importante obtener en la evaluación toda la información que nos sirva para poder entender mejor al paciente y el síndrome que ha desarrollado, también debemos considerar a las personas significativas en la vida del paciente (su entorno social) ya que podrán aportar información de relevancia para complementar la atención.

Domínguez, (2000) explica: “el dolor es una experiencia multidimensional con componentes sensoriales, cognoscitivos y afectivos, modulados por contingencias ambientales”. En el dolor crónico intervienen factores múltiples como son: pensamientos, sentimientos y emociones (como componentes intrapsíquicos), factores sociales, como son: creencias, valores, contexto sociocultural e incluso económico (como factores externos), factores sensibles a la evaluación. Otros factores como la percepción del paciente ante la enfermedad (el sentirse enfermo), la disposición de recursos asistenciales y recursos psicológicos desarrollados o implementados ante la enfermedad, se deben tener presentes al tratar a estos pacientes, ya que determinan una unidad de tratamiento.

Los programas de intervención tienen un lugar muy importante en la investigación, se busca la forma adecuada de tratamiento para poder llegar a la rehabilitación. Los programas multidisciplinarios, que ya han establecido y definido el procedimiento de tratamiento, pero constituye un fuerte gasto económico, tanto institucional como particular (Loeser, 2001).

Hay que considerar que los programas multidisciplinarios ofrecen un tratamiento integral y tienen un porcentaje alto de rehabilitación, 51% de pacientes en un periodo de un año de tratamiento (Hendler y Talo, 1992). El tratamiento requiere que el paciente permanezca como interno en una clínica y un periodo por lo menos de seis meses para la rehabilitación, en el caso mexicano lo que encontramos son tratamientos ambulatorios que llevan entre dos y tres meses (Domínguez, 1997; Domínguez y Olvera, 2003; Domínguez, Olvera y Silva, 2002; Domínguez, 2004.). Estos tratamientos son específicos para el tratamiento del dolor crónico, ofreciendo alternativas al paciente que es tratado tradicionalmente.

Como psicólogos interesados en la salud, se debe buscar una alianza con médico y otros especialistas, para poder comprender mejor al paciente, la enfermedad y su curso de desarrollo, para poder ofrecer alternativas o apoyar al médico en el tratamiento. Se han discutido las dificultades de esta colaboración, como psicólogos esta tarea depende de la labor que emprendamos, las actividades apoyen en el área de la salud y el papel activo que se desarrolle.

El paciente con dolor crónico ha consumido gran cantidad de recursos asistenciales y su desgaste físico y emocional dificulta el tratamiento, el componente emocional del dolor crónico debe ser centro de la atención psicológica, “la tarea de los investigadores en este campo es ayudar al paciente a crear las condiciones favorables para que pueda transitar a otros estados emocionales diferentes” (Domínguez, 2000). Centrar el trabajo en el área emocional, proporcionara al paciente un sentido de control, el dolor crónico es un síntoma que no desaparece, que es difícil de tratar, por ello es muy importante que el paciente pueda percibir el dolor de formas distintas que le permitan tener una buena calidad de vida. La meta del psicólogo está en poder hacer un buen diagnóstico, implementar un tratamiento adecuado a esta población, mejorar la autoeficacia del paciente, reducir el sufrimiento del mismo y mejorar su calidad de vida.

En esta investigación se propuso un programa que se centra en modificar los estados emocionales del paciente, ofreciéndole estrategias de control, trabajando con los estados afectivos, para que pueda manejar las circunstancias y situaciones que exacerbaban el dolor.

En este tipo de padecimientos crónicos el apoyo social es un factor esencial, el trabajo grupal puede conformar una red de apoyo emocional que facilite el cambio de sus estados afectivos, compartir sus emociones y sentimientos con otros que compartan la experiencia del dolor; la pertenencia a un grupo de similares da confianza de que se puede lograr el cambio.

Muchas de las técnicas que se emplean en el tratamiento del dolor crónico siguen siendo materia de estudio de muchos investigadores, el desarrollo de estas técnicas permitirá mas adelante ofrecer al paciente con dolor crónico mejores tratamientos integrales y de calidad, que permitan una rehabilitación óptima (Domínguez, 2003; Miró, 2004; Warfield y Fausett, 2004; Oblitas, 2004; Pérez et al. 2004.). Los programas que existen para tratar dolor crónico coinciden en la aplicación de la técnica de relajación como primordial en el tratamiento, ya sea a través de los medios tradicionales (relajación muscular o imaginaria) o con el uso de los aparatos de medición de niveles físicos como en la Retroalimentación biológica (Domínguez, 1996).

La relajación constituye uno de los ejes esenciales en el tratamiento, permite que el paciente sea consciente de su cuerpo y como éste responde ante el estrés, el dolor y la relación directa con los pensamientos y emociones que activan el ciclo dolor-estrés-dolor, refuerza el sentido de control y alivio; con ésta técnica el paciente logra modificar sus estados emocionales y se vuelve más receptivo, el terapeuta puede iniciar la aplicación de otras técnicas (reestructuración cognitiva, escritura emocional autorreflexiva) que le permitan trabajar el componente emocional y conductual del dolor.

La reconceptualización es otro eje primordial en el tratamiento del dolor crónico, constituye una de las técnicas que mayor a tenido eficacia en el cambio. Es a través de ella que el paciente logra modificar sus estados afectivos, principalmente el sufrimiento como proceso subyacente a la enfermedad, los pacientes perciben su padecimiento como catastrófico, que no le permite continuar con su vida de manera satisfactoria, al cambiar esta visión fatalista, el paciente entiende que su problema se puede manejar y tratar. Esto nos lleva al siguiente eje: los estilos de afrontamiento, ya que a través de ellos el paciente puede responder mejor

a las complicaciones del padecimiento; mostrando al paciente formas efectivas de afrontamiento a circunstancias que provocan y desencadenan episodios dolorosos o manejar contingencias cotidianas, en lo particular y en lo general, estilos de afrontamiento para manejar el proceso de la enfermedad y formas efectivas de reinterpretación cognitiva que faciliten al paciente la rehabilitación.

Un problema que debemos considerar en el tratamiento de pacientes con dolor crónico es que ningún cuadro o síndrome de dolor es idéntico, varía de paciente a paciente, por ejemplo, “pacientes con el mismo diagnóstico presentan características psicosociales distintas, no obstante, se trata de la misma forma a estas personas con características distintas” (Miró, 2004, pp.185), este hecho tiene relevancia cuando el diagnóstico varía de persona a persona, un tratamiento grupal parece contra ponerse con esa afirmación, pero debemos tomar en cuenta que lo que se propone en el taller: “Afrontamiento y control del dolor”, es que se trabaje con el componente emocional, tratar con las emociones, con el pensamiento, con los sentimientos, en cada técnica desarrollada se pretende que el terapeuta sea un guía para los pacientes, que maneje las particularidades de cada caso, que las confronte con los otros pacientes y se construya una red social de apoyo, una intervención psicológica que sirva al médico a continuar con el tratamiento y brinde al paciente recursos para poder contrarrestar los efectos del dolor.

La tarea del psicólogo en esta área es múltiple, los avances que se han conseguido son amplios y la participación ha ido en aumento, pero el trabajo de investigación debe profundizarse, en el caso del dolor crónico se requiere tener un mayor conocimiento en cuanto a: calidad de vida, terapia ocupacional o laboral, la prevención, diagnóstico de síndromes de dolor y tópicos propios de la medicina (por ejemplo, los mecanismos de nocicepción, procedimientos farmacológicos en el tratamientos del dolor). El área de trabajo es muy compleja y requiere de una formación más completa para poder comprender mejor los factores multidimensionales del problema y proporcionar tratamientos adecuados y eficaces a los pacientes con dolor crónico.

A
N
N
E
X
O
S

Anexo 1

Aspectos de la entrevista del paciente (Miró, 2003):

I.- Historia y situación actual de la experiencia del dolor.

- 1.- Aparición y curso.
- 2.- Situación actual: patrones temporales y factores que lo afectan.

II.- Conceptualización del problema del dolor, tratamientos actuales y pasados y expectativas de tratamiento.

- 1.- Causas.
- 2.- Tratamientos médicos.
- 3.- Otros tratamientos.
- 4.- Medicación: tipo, dosis y frecuencia.
- 5.- Objetivos a conseguir con el tratamiento.
- 6.- Expectativas de resultados.

III.- Análisis conductual.

- 1.- Cambios provocados por el dolor en actividades habituales, tanto en el paciente como en sus allegados.
- 2.- Impacto en el dolor en las relaciones de pareja.
- 3.- Conducta del paciente cuando siente dolor.
- 4.- Respuesta/s de sus allegados a su conducta de dolor.
- 5.- Respuesta/s de sus allegados cuando realiza conductas adaptadas.
- 6.- Nivel de actividad física, antes y después de la aparición del dolor.
- 7.- Deterioro físico y discapacidad.

IV.- Historia laboral.

- 1.- Trabajo/s realizado/s.
- 2.- Planes futuros de trabajo.

3.- Recibe alguna compensación como consecuencia del dolor (baja laboral transitoria invalidez, etc.).

4.- ¿Hay pendiente algún litigio relacionado con el problema del dolor?

V.- Aspectos de la historia familiar y social.

1.- Familia de origen: relaciones familiares, historia de dolor y/o discapacidad en los miembros de su familia, actitudes y creencias familiares respecto del dolor y las conductas del dolor, consumo de alcohol y drogas, historia de abusos.

2.- Historia matrimonial.

3.- Situación actual de la relación matrimonial.

VI.- Consumo de alcohol y drogas.

1.- Alcohol, cantidad de consumo (histórica y actual).

2.- Drogas, cantidad y consumo (histórico y actual).

VII.- Trastornos psicológicos.

1.- Presencia actual de problemas de: depresión, ansiedad, pánico, estrés, demencia.

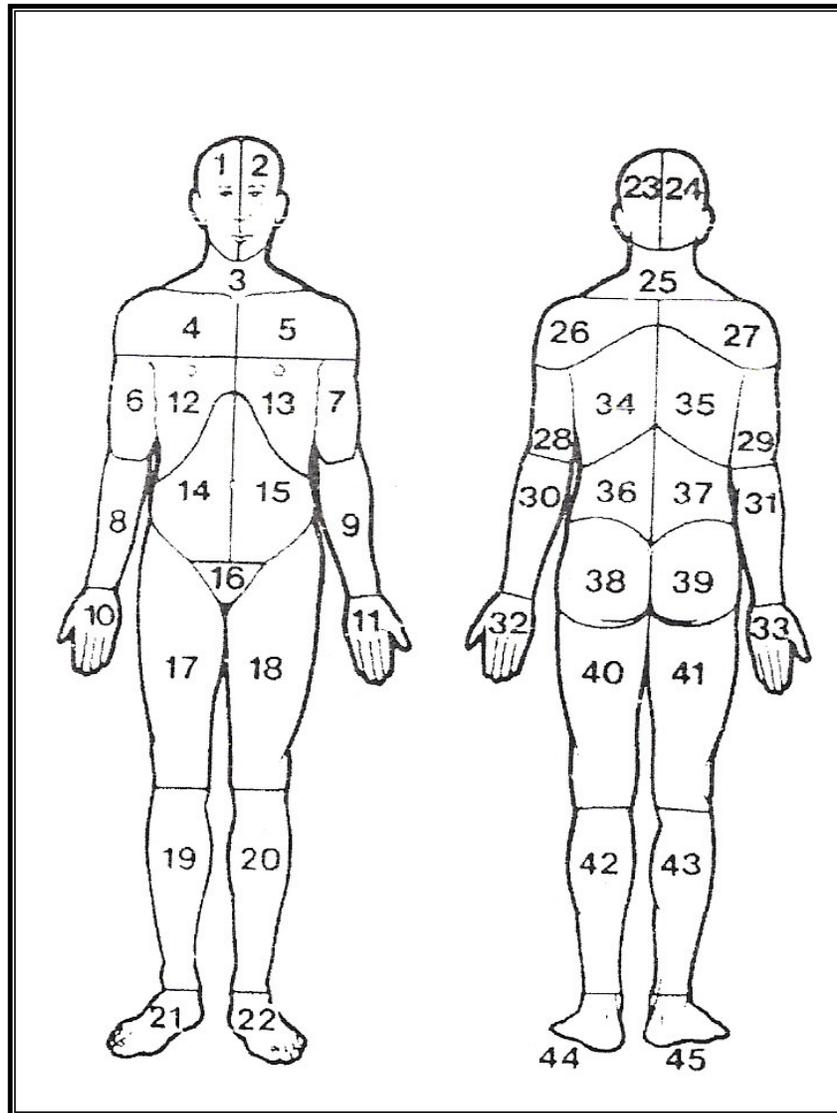
2.- Historia de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).

3.- Historia familiar de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).

Anexo 2

Dibujo del dolor.

Instrucciones: marque o rellene las áreas del dibujo que correspondan con las zonas de su cuerpo en las que siente dolor.



Anexo 3

Diario del dolor

El diario del dolor. (Tomada de: Miró, 2004)

Instrucciones: Por favor tome nota de la hora redondeándola al cuarto de hora.

Por favor, registre la cantidad y tipo de medición tomada, en el lugar apropiado.

Registre la intensidad del dolor para cada hora que esté despierto. Utilice una escala numérica de 0 a 100 (0= sin dolor; 100= dolor insoportable).

Nombre:

Día de la semana:

Fecha:

Horas de registro	Sentando		Andando y de pie		Echado		Medición		Intensidad del dolor (0-100)
	Actividad	Hora	Actividad	Hora	Actividad	Hora	Cantidad	Tipo	
00-01									
01-02									
02-03									
03-04									
04-05									
05-06									
06-07									
07-08									
08-09									
09-10									
10-11									
11-12									
12-13									
13-14									
14-15									
15-16									
16-17									
17-18									
18-19									
19-20									
20-21									
21-22									
22-23									
23-24									
Horas totales	Sentado:		Andando:		Estirado:		Escala de dolor: 0=sin dolor; 100 dolor insoportable.		

Anexo 4

Procedimiento inicial de relajación muscular (para 16 grupos musculares).

Grupos musculares	Ejercicio de tensión
Mano y antebrazo dominante	Apretar el puño dominante
Brazo dominante	Apretar el codo dominante contra el bazo del sillón
Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño no dominante
Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el bazo del sillón
Frente	Levantar las cejas todo lo posible (manteniendo los ojos cerrados) y arrugar la frente. Fruncir el seño exageradamente
Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
Boca	Apretar las mandíbulas y los dientes, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua
Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toquen (tira y afloja). <i>Presionar la cabeza contra el respaldo del asiento</i>
Hombros pecho y espalda	Echar los hombros hacia tras intentando que se toquen los omóplatos
Estómago	Poner el estómago duro como si le fueran a golpear en él. <i>Encoger el estómago hacia dentro</i>
Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón. <i>Presionar el suelo con el talón del pie dominante. Elevar la pierna dominante muy ligeramente</i>
Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba. <i>Presionar la punta del pie contra el suelo</i>
Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia dentro sin levantar el pie del suelo. <i>Dirigir los dedos del pie dominante lejos de la cabeza</i>
Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón.
Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia dentro sin levantar el pie del suelo.

**Autoregistro de relajación muscular fase inicial.
Grado de relajación alcanzado (0-10).**

Nombre: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de termino: _____

Objetivo: Diferenciar los estados de relajación y tensión muscular

Grupo muscular	Sesión inicial	1er. día	2do. día	3er. día	4º. día	5º. día	6º. día	7º. día
Mano y antebrazo dominante								
Brazo dominante								
Mano y antebrazo no dominante								
Brazo no dominante								
Frente								
Ojos y nariz								
Boca								
Cuello								
Hombros pecho y espalda								
Estómago								
Muslo dominante								
Pantorrilla dominante								
Pie dominante								
Muslo no dominante								
Pantorrilla no dominante								
Pie no dominante								

Colocar en el espacio correspondiente el grado de relajación alcanzado de 0 a 10 (siendo 0 el menor de relajación y 10 el grado mayor de relajación) en cada grupo muscular. Llenar los espacios correspondientes al finalizar el ejercicio de relajación.

Anexo 5

Procedimiento intermedio en la relajación muscular para siete grupos musculares.

Grupo Muscular	Estrategia de tensión
Mano y brazo dominante	Apretar el puño al tiempo que se presiona el codo contra el respaldo del asiento
Mano y brazo no dominante	Apretar el puño al tiempo que se presiona el codo contra el respaldo del asiento
Cara	Cerrar los ojos fuertemente, apretar las mandíbulas y los dientes, estirar la comisura de los labios y sacar la barbilla hacia fuera
Cuello	a) Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque; o b) Presionar fuertemente con la cabeza contra el respaldo del asiento
Tronco	Sacar el pecho hacia fuera, juntar los hombros, apretar el estómago hacia dentro y contener la respiración
Pierna y pie dominante	a) Levantar la pierna dominante del sillón muy ligeramente, estirar los dedos de los pies y torcer el pie hacia dentro; o b) Presionar el suelo con el talón del pie dominante al tiempo que la punta del pie se gira hacia abajo.
Pierna y pie no dominante	a) Levantar la pierna no dominante del sillón muy ligeramente, estirar los dedos de los pies y torcer el pie hacia dentro; o b) Presionar el suelo con el talón del pie no dominante al tiempo que la punta del pie se gira hacia abajo.

Autoregistro de relajación muscular para siete grupos musculares.

Grado de relajación alcanzado (0-10).

Nombre: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Objetivo: Diferenciar los estados de relajación y tensión muscular

Grupo muscular	Sesión inicial	1er. día	2do. día	3er. día	4°. día	5°. día	6°. día	7°. día
Mano y brazo dominante								
Mano y brazo no dominante								
Cara								
Cuello								
Tronco								
Pierna y pie dominante								
Pierna y pie no dominante								

Colocar en el espacio correspondiente el grado de relajación alcanzado de 0 a 10 (siendo 0 el menor de relajación y 10 el grado mayor de relajación) en cada grupo muscular. Llenar los espacios correspondientes al finalizar el ejercicio de relajación.

Anexo 6

Procedimiento intermedio en la relajación muscular para cuatro grupos musculares.

Grupo Muscular	Estrategia de tensión
Ambos brazos y manos con el conjunto de todos sus músculos	Apretar los puños al tiempo que se presiona los codos contra el respaldo del asiento
El conjunto de músculos del cuello y cara	Gesticular, poniendo cara de enfado y estirar el cuello.
Pecho, espalda y abdomen	Sacar el pecho hacia fuera, juntar los hombros, apretar el estómago hacia dentro y contener la respiración
Las Piernas y los pies	Levantar las piernas del sillón muy ligeramente, estirar los dedos de los pies y torcer los pies hacia dentro

Autoregistro de relajación muscular para cuatro grupos musculares.

Grado de relajación alcanzado (0-10).

Nombre: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Objetivo: Diferenciar los estados de relajación y tensión muscular

Grupo muscular	Sesión inicial	1er. día	2do. día	3er. día	4º. día	5º. día	6º. día	7º. día
Ambos brazos y manos con el conjunto de todos sus músculos								
El conjunto de músculos del cuello y cara								
Pecho, espalda y abdomen								
Las piernas y los pies								

Colocar en el espacio correspondiente el grado de relajación alcanzado de 0 a 10 (siendo 0 el menor de relajación y 10 el grado mayor de relajación) en cada grupo muscular. Llenar los espacios correspondientes al finalizar el ejercicio de relajación.

Anexo 7

Instrucciones para relajación profunda (respiración diafragmática).

La respiración profunda puede hacerse en cualquier posición: sentado, parado o acostado, es preferible estar cómodo con la espalda recta. Realice los siguientes pasos en orden:

- Inhale por la nariz mientras cuenta hasta cuatro.
- Mientras inhala:
 1. Llene la parte más baja de los pulmones. El diafragma hará sobresalir al abdomen al hacer espacio para el aire.
 2. Llene la parte media de los pulmones a medida que las costillas inferiores y el pecho se desplazan al frente para acomodar el aire.
 3. Después llene la parte superior de los pulmones a la vez que saca un poco más el pecho y los hombros, contraiga un poco el abdomen para apoyar los pulmones.
 4. Con la práctica, las tres fases anteriores pueden hacerse en una sola inhalación continua y uniforme.
- Cuente lentamente hasta tres, mientras retiene el aire.
- Al exhalar por la boca siga el mismo orden que durante la inhalación.
 1. Contraiga los músculos del abdomen.
 2. Espire el aire de la zona media del tórax.
 3. Vacíe la porción superior del tórax en tanto que desciende y relaja los hombros, y el abdomen vuelve a desplazarse un poco hacia afuera.
- Cuando el esquema anterior se vuelva automático, busque en el cuerpo otras zonas de tensión, y regrese al sonido y sensación de la respiración conforme se sienta más relajado.
- Imagínese que cada tensión de cuerpo se va hacia los pulmones y que la elimina junto con el aire que exhala.
- Continúe la respiración profunda por periodos de 5 a 10 minutos. Si se siente mareado alterne seis respiraciones regulares con seis respiraciones profundas.

Anexo 8

Guía de instrucciones para el terapeuta de la técnica de “Aceptación de sensaciones”

Los pacientes se recuestan en el suelo, con las piernas estiradas o con las rodillas arriba apoyando los pies en el suelo, como se esté más cómodo. Las siguientes instrucciones se dicen lentas y pausadamente. Se vigila constantemente a los pacientes. Entre instrucción-monólogo se deja un lapso de veinte segundos. La duración aproximada de la técnica es de treinta a cuarenta minutos.

Con los ojos cerrados, se empiezan por hacer tres respiraciones profundas, inhalando por la nariz y exhalando por la boca. Después el ritmo depende del paciente (el paciente debe mantener una respiración pausada y tranquila, no debe ser muy profunda pero tampoco debe estar muy acelerada). Hay que vigilar constantemente a los pacientes para poder intervenir si la respuesta a la relajación es alterada tanto en la respiración como en los movimientos corporales. El paciente debe permanecer quieto y tranquilo.

- Vamos a centrarnos en las respiraciones. Respiramos a nuestro ritmo, inhalamos y exhalamos. (repetición dos veces)
- Vamos a concentrarnos en nuestro cuerpo, en los movimientos que el cuerpo hace, los movimientos de nuestro pecho, de nuestro estómago. Respiramos a nuestro propio ritmo.
- Concentrándonos en los movimientos corporales, que no nos distraigan los sonidos alrededor. Nos centramos en los latidos del corazón. Está agitado... y lentamente se calma. Los latidos son constantes y lentos, el ritmo cardiaco se normaliza. Late lentamente.
- Los latidos son constantes y pausados, sintamos como bombea la sangre a nuestro cuerpo. Recorriéndolo del corazón a los pies y la cabeza, bombeando la sangre a todo el cuerpo.

- Centrémonos en los movimientos del cuerpo. Tranquilos, recorramos todo nuestro cuerpo, la cabeza, el cuello, el pecho y la espalda, nuestro vientre, las piernas y los pies. Concentremos la atención en nuestro cuerpo.
- Vamos a concentrarnos en la sensación más desagradable que tengamos y entrar en contacto con ella. Permanecer concentrados en ella como si fuera un foco de luz que no empuja ni fuerza nada y que tampoco deja nada como está.
- Entramos en contacto con las sensaciones: ¿cómo son? y ¿cómo evolucionan por si solas?, sin intervenir.
- Vamos a concentrarnos en la sensación más desagradable que tengamos y entrar en contacto con ella.
- Dejando que la sensación evolucione como quiera, si algo nos duele dejamos que el dolor se desarrolle, crezca o disminuya sin intervenir.
- Hay que dejar que evolucione naturalmente, sin intervenir. Que sean las sensaciones las que guíen nuestra conciencia.
- Nos concentrarnos en la sensación más desagradable que tengamos y entrar en contacto con ella.
- No intentemos sentir lo que queremos sino lo que el cuerpo nos dice.
- Vamos a observar la sensación, notar sus características, que parte del cuerpo está involucrada, es siempre igual o va cambiando con el tiempo.
- Lo más importante es observar sin intervenir.
- No intentemos sentir lo que queremos sino lo que el cuerpo nos dice.
- Si alguna sensación se hace más fuerte que la que hemos contactado nos vamos a ella.
- Vamos a dejar que todas las sensaciones desagradables lleguen a nuestra conciencia.
- Evitemos los movimientos conscientes, vamos a trabajar desde la pasividad, si algún movimiento involuntario surge dejarlo que ocurra también desde la pasividad.
- Nos concentramos en la sensación más desagradable que tengamos y entramos en contacto con ella.
- No intentemos sentir lo que queremos sino lo que el cuerpo nos dice.
- Vamos a observar la sensación, notar sus características; qué parte del cuerpo está involucrada, si siempre es igual o va cambiando con el tiempo.

- Dejando que la sensación evolucione como quiera, si algo nos duele dejamos que el dolor se desarrolle, crezca o disminuya sin intervenir.
- No intentemos sentir lo que queremos sino lo que el cuerpo nos dice.
- Si no encontramos ninguna sensación desagradable, comenzamos a sentir las sensaciones que tiene en la cabeza y luego en el cuello, recorriendo todo el cuerpo dejando que las sensaciones llenen su conciencia sin intervenir.
- Como un foco de luz observamos las sensaciones desagradables que nuestro cuerpo siente.
- Dejamos que fluyan, como un foco de luz estamos pendientes de ellas, de cómo son y cómo evolucionan. (Se guarda silencio de dos a tres minutos)
- Sintamos la energía que fluye de nuestro cuerpo. que nos cubre el cuerpo,
- Una luz interna que nos cubre. Nos rodea.
- Permanecemos con esa sensación, una luz blanca que nos cubre el cuerpo.
- De la cabeza a los pies. Cubre aquellos focos de luz que sentimos anteriormente.
- Nos cubre una luz blanca que sale del interior. Nos quedamos con esa sensación. (Se permanece en silencio entre uno a dos minutos, observando a los pacientes, si están agitados, intranquilos, pasivos, etc.)
- Poco a poco a nuestro propio ritmo nos concentramos en nuestra respiración, lenta y pausada.
- A nuestro propio ritmo vamos incorporando los ruidos externos, regresamos a la habitación donde nos encontramos.
- Nos concentramos en la respiración, lenta y pausada.
- A nuestro propio ritmo vamos abriendo los ojos y nos mantenemos en el lugar, sin pararnos.
- Movemos las manos, los pies, la cabeza, poco a poco nos incorporamos, sin demasiada prisa, sin movimientos brusco.
- Nos incorporamos.

Anexo 9

Guía de instrucciones para el terapeuta de la técnica de relajación con imaginería

Los pacientes sentados sobre sus asientos, en una posición que les parezca cómoda, los brazos recargados en las piernas o sueltos; como prefieran; procurando que la espalda esté derecha. Se les pide a los pacientes que cierren los ojos y hagan el ejercicio de respiración profunda tres veces.

- Cerramos los ojos, procurando no apretar al cerrarlos, naturalmente como si fuéramos a descansarlos.
- Respiremos profundamente inhalando por la nariz, exhalando por la boca, hagamos este ejercicio tres veces.
- Respiremos normalmente a nuestro ritmo, pausados y tranquilos.
- Regulemos nuestra respiración, pausada y tranquila. Regulemos la respiración.
- Imaginemos un grifo en nuestra cabeza, una corriente de agua sobre nosotros.
- El agua cae sobre nuestra cabeza, cubriendo nuestro rostro y nuca.
- Sintamos como cae esa corriente de agua sobre nuestros hombros.
- Una agradable sensación.
- La caída es suave. Lentamente comienza a cubrir la cabeza.
- El agua caliente, sintamos como nos da un calor agradable. Sintamos ese calor.
- Se desliza por el cuello, tranquilizándonos.
- El agua recorre nuestro cuerpo cubriendo el pecho y la espalda. Un calor agradable.
- El agua recorre nuestros brazos cubriendo las manos y los dedos.
- De la cabeza a las manos. Nos cubre de tranquilidad y reposo
- El calor nos da energía, revitaliza nuestro cuerpo.
- El agua cubre las piernas, un calor agradable nos recorre. De la cabeza a los pies.
- Una cascada sobre nuestra cabeza cubre el cuerpo entero. El agua cae suavemente.
- Sintamos como nos cubre todo el cuerpo.
- El agua recorriendo nuestro cuerpo con un agradable calor.
- De la cabeza a los pies, pasando por los hombros soltándolos.

- Por los brazos que se sienten pesados.
- Por la espalda que genera calor y el pecho en reposo.
- El agua recorre suavemente el cuerpo, cae al suelo, escuchemos como cae.
- Es un sonido agradable, como un pequeño riachuelo.
- Escuchemos como corre el agua y se desliza por el suelo.
- Llevándose todo el pesar.
- Escuchemos ese sonido agradable, una cascada de agua a lo lejos.
- Concentrémonos en ese sonido a los lejos, ¿cómo se escucha?
- Un sonido lejano y se acerca, ¿cómo se escucha?
- Centremos la atención en ese sonido.
- Un sonido vago y distante, qué escuchamos, qué sentimos
- Tranquilidad. Paz. Un sonido que nos llena de alegría.
- Que nos ilumina. Sintamos esa luz.
- Una luz calida, acompañada de un murmullo.
- Un murmullo que nos tranquiliza.
- Una luz sobre nosotros que nos da calor.
- Sintamos esa luz sobre nuestro rostro.
- Permanezcamos ahí un momento.
- (Pausa) Que sensación tenemos, respiramos tranquilidad
- Sentimos un calor agradable que recorre el cuerpo
- (Pausa) Que sentimos...Tranquilidad. Confortables
- (Pausa) Quedémonos ahí un momento antes de regresar.
- Fijemos este momento en nuestra mente.
- La tranquilidad de nuestro cuerpo. La calma total. Fijémosla en el recuerdo.
- Poco a poco regresemos a nuestro lugar. Poco a poco regresemos a la sala.
- Integrando el sonido del cuarto. Poco a poco a nuestro ritmo.
- Despejemos nuestra mente. Regresamos a la sala.
- Tomen su tiempo. Regresamos a la sala.
- A su ritmo a su tiempo, pueden abrir los ojos.
- Poco a poco abran sus ojos. Recuerden ese momento.
- Abrimos los ojos y permanecemos en nuestro lugar.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A. (1997). Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría. México: Limusa.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la salud. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- Barber, J. (2000). Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. España: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000a). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000b). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- Buceta, J. y Bueno, A. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En: Buceta, J.; Bueno, A. y Mas, B. (2001). Intervención psicológica: Control del estrés y conductas de riesgo. España: Dykinson.
- Caballo, V. y Simon, M. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- Davis, M., Eschelman, E. y MicKay, M. (1998) The relaxation and stress reduction. Workbook. California: New Harbinger.

- Domínguez, B. (1994). El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer: Aportaciones de la psicología. *Revista mexicana de psicología*, 11(2), 163-173.
- Domínguez, B. (1996). Estrés, dolor crónico y variabilidad fisiológica. Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, (material de apoyo).
- Domínguez, B. (1996b). Manejo no-invasivo del dolor crónico y el estrés. Estudios con el diseño experimental de caso individual y de series de replicación clínica con grupos normativos de comparación. Tesis para obtener el grado de Doctor en psicología general experimental. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. UNAM.
- Domínguez, B., Kassian, A., Corso, I., Martínez, N. y Gatell, F. (1996c) Enfoque cognoscitivo-conductual y manejo clínico de los síndromes del dolor en el hospital general de la secretaría de salud. En: Godoleva, R. y Ortiz, V. (Coord.) (1996). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Universidad veracruzana.
- Domínguez, B., Martínez, G., Silva, G., Hernández, C., Esqueda, G. y Flores, M. (1996d). Manejo psicológico del estrés y dolor crónico pediátrico. Avances-resultados (1994-1996). En: Domínguez, B, y Olvera, Y. (1996). *Ensayos sobre psicoterapia e investigación clínica en México*. Facultad de Psicología. UNAM. México: Pirámide.
- Domínguez, B. (1997). Aportaciones y problemas de la investigación psicológica en el campo del dolor crónico y estrés (1988-1997). (Folleto). México: Centro de servicios psicológicos, Facultad de psicología, UNAM.
- Domínguez, B. y Vázquez, E. (2000). Autorregulación del dolor crónico. En: Oblitas, L. y Becoña, E. (Eds.) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Domínguez, B. y Montes, Y. (2000). Psicoimmunología: procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud. *Psicología y salud*, 10, Enero-Junio, 31-45.

- Domínguez, B., Kassian, A., Corso, I., Martínez, N., Gatell, F. y Silva, A. (2001) Enfoque cognoscitivo-conductual y manejo clínico de los síndromes del dolor en el hospital general de la secretaría de salud. (Versión B). Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, material de apoyo.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S. y Cruz, L. (2002). Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés. México: Plaza y Valdés.
- Domínguez, B., Olvera, Y. y Silva, A. (2002). Los placebos: factores no específicos en el alivio del dolor crónico. Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, material de apoyo.
- Domínguez, B. y Olvera, Y. (2003). Analgesia hipnótica. Procedimientos no-invasivos para el control del dolor crónico. Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, material de apoyo.
- Domínguez, B. y Olvera, Y. (2003). Termografía y control psicológico del dolor crónico. Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, material de apoyo.
- Domínguez, B., Pennebaker, J. y Olvera, Y. (2003). Procedimientos no invasivos para la revelación emocional. Diseño, ejecución y evaluación de la escritura emocional Autorreflexiva (E.E.A.). Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, (material de apoyo).
- Domínguez, B. (2004). Manejo psicológico del dolor. Centro de servicios psicológicos, Facultad de Psicología, UNAM, (material de apoyo).
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. España: Pirámide.

- Ferrer, V., González, R. y Manassero, M. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- Fishman, B. (1989). Evaluación psicosocial de los pacientes con dolor crónico. En: Foley, K. y Payne, R. (1992). *Terapéutica del dolor*. México: Interamericana.
- Foley, K. y Payne, R. (1992). *Terapéutica del dolor*. México: Interamericana.
- Fordyce, W. (1989). Tratamiento cognoscitivo y conductual del dolor crónico e incapacidad. En: Foley, K. y Payne, R. (1992). *Terapéutica del dolor*. México: Interamericana.
- Fuentes, P., Ayala, A., Galán, I. y Martínez, P. (2000). *Técnicas de trabajo en grupo. Una alternativa en educación*. Madrid: Pirámide.
- Galindo, C. (2004). Fibromialgia. *Dolor*, 19,171-187.
- Gatchel, R. y Turk, D. (1999). *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. London.
- Gildenberg, P. (1989). Síndromes clínicos dolorosos. En: Foley, K. y Payne, R. (1992). *Terapéutica del dolor*. México: Interamericana.
- Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. y Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hendler, N. y Talo, S. (1992). Función de la clínica del dolor. En: Foley, K. y Payne, R. (1992). *Terapéutica del dolor*. México: Interamericana.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Loeser, J. (2001). *Bonica. Terapéutica del dolor*. Vol. 1 y 2. México: McGraw-Hill.
- Miró, J. (2003). Instrumentos para la evaluación de la experiencia del dolor crónico en adultos. En: Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. y Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Miró, J. (2004). *Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nieto, J.; Abad, M.; Esteban, M. y Tejerino, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: McGraw-Hill Internacional.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. España: Roca Martínez.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2004). *Guía de tratamientos eficaces. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Pereyra, M. (2004). *Estrés y salud*. En: Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Esc. Andaluza de Salud Pública.
- Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sussex University. (2001). México, de los países con mayor estrés en el mundo. En: La crónica de hoy, ver [http:// www.cronica.com.mx/2001/jun/27/ciencias03.html](http://www.cronica.com.mx/2001/jun/27/ciencias03.html).

Swanson, D. (2001). Guía de la clínica de Mayo sobre dolor crónico. México: Intersistemas.

Turk, D. y Rudy, T. (1992). Recursos no farmacológicos para el control del dolor. En: Foley, K. y Payne, R. (1992). Terapéutica del dolor. México: Interamericana.

Vázquez, I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis.

Warfield, C. y Fausett, H. (2004). Diagnóstico y tratamiento del dolor. Barcelona: Masson.