



TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO DESDE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA

BEHAVIORAL THERAPY OF CHRONIC PAIN

* LICDA. MARCELA LEÓN MADRIGAL

RESUMEN

El dolor crónico es uno de los problemas de salud de mayor impacto en la actualidad; por esta razón, ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas. Hoy en día, existe cada vez un mayor consenso con respecto a la importancia de los factores psicológicos en el tratamiento del dolor crónico. En este artículo se realiza una caracterización de este tomando en cuenta los factores sociales, biológicos y psicológicos asociados. Así mismo, se realiza una revisión de las principales opciones de tratamiento, desde la terapia de la conducta. Lo anterior apoyado en investigaciones empíricas y en los hallazgos relacionados con la biopsicología del dolor.

Palabras claves: medicina conductual, dolor crónico, terapia conductual.

ABSTRACT

The chronic pain is currently one of the mayor health problems. For that reason it has been studied from different disciplines. Nowadays there is an increased consensus about the importance of the psychological factors related with the chronic pain treatment. This article reviews the chronic pain syndrome taking into consideration its social, biological and psychological factors. It also reviews the main Behavior Therapy alternatives for its treatment. This analysis is supported with empirical research and the findings of the Biopsychology of pain.

Keywords: behavioral medicine, chronic pain,

behavior therapy.

INTRODUCCIÓN

Una de las experiencias cotidianas en la vida del ser humano es la percepción del dolor, la cual desempeña un papel crucial en la conservación de la integridad del organismo (Ardua, 1997). Como tal, ha sido un tema ampliamente abordado; de hecho, las concepciones en torno a este han cambiado a lo largo de la historia, desde las ideas mítico-religiosas judeo-cristianas, egipcias o chinas en las que los encantamientos y demonios eran la fuente del dolor, hasta los esfuerzos de la actual industria farmacéutica por encontrar mejores analgésicos (Gutiérrez y Cadena, 2001).

Cuando el dolor persiste, tiene un impacto negativo significativo en la vida de las personas; se asocia con trastornos psicológicos importantes y, en general, con un menor nivel de satisfacción de las personas con su vida (Keefe, Dunsmore y Burnett, 1992; Davis, 2000; Patterson, 2005). Se considera que el dolor crónico es uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad, dados sus enormes costos médicos, sociales y psicológicos (Vallejo y Comeche, 1994; Compás et al. 1998; Fordyce, 1999). Se estima que solo en Estados Unidos, el costo del dolor crónico excede el costo combinado del sida, enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Arena, 2002).

Para comprender la experiencia de dolor, se deben tomar en consideración no solo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales (Breijo, 2005). En la



actualidad, se considera que una adecuada intervención en el dolor crónico debe incluir a especialistas del área médica y profesionales con entrenamiento psicológico (Vallejo y Comeche, 1994; Patterson, 2005). Así lo recomienda la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) (Compás *et al.*, 1998).

La terapia conductual se ha establecido como la principal línea de tratamiento psicológico en el dolor crónico (Morley, Shapiro y Biggs, 2004). Su efectividad ha quedado demostrada en las investigaciones metaanalíticas; por ejemplo, la realizada por Morley, Eccleston y Williams (1999) con adultos, y la de Eccleston, Morley, Williams, Yorke y Mastroyannopoulou (2002) con niños y adolescentes. En este sentido, el objetivo de este artículo es brindar al profesional en psicología una reseña actualizada de los principales conceptos y métodos de intervención en el dolor crónico desde dicho enfoque, enfatizando en las opciones más eficaces y aplicadas.

Valga señalar que algunos autores (por ejemplo, Morley, Eccleston y Williams, 1999 y Eccleston, Morley, Williams, Yorke y Mastroyannopoulou, 2002) establecen la distinción entre Terapia de la conducta y terapia cognitivo-conductual, con el fin de delimitar cuándo se hace uso o no de técnicas cognitivas. Esta distinción no se realiza a lo largo de este artículo, en tanto se considera que la moderna terapia de la conducta incluye, dentro sus límites, tales técnicas.

Por otra parte, a lo largo del artículo las cogniciones se abordan de manera separada de otros tipos de comportamiento, por ejemplo, los motores. Lo anterior se realiza por razones prácticas, para una mejor exposición de las opciones de evaluación e intervención. Sin embargo, se considera, tal y como subraya la primera oración de este párrafo, que la cognición es un tipo de comportamiento. Para su análisis, no es necesario recurrir a principios ajenos al Análisis de la conducta ya que, tal como señala Richeüe (1981), el pensamiento es acción, sea de forma encubierta o no. Se puede considerar que pensar consiste en hablar de manera privada (Baum, 1994), es decir, es un caso de conducta

verbal en donde el hablante es su propia audiencia (Pérez, 1991). Dentro del Análisis de la conducta, y en relación con el oyente, el concepto de Conducta gobernada por reglas permite profundizar en el análisis de las cogniciones, ya que estas le permiten al sujeto describir las contingencias y controlar su conducta, sin entrar directamente en contacto con ellas. Dichas reglas pueden ser racionales o no, con lo que la reestructuración cognitiva pasa a ser un caso de modificación de la conducta verbal (Pérez, 1991).

No es el objetivo del artículo profundizar en dichos conceptos. El lector interesado en sus implicaciones clínicas, en el caso de la terapia de la conducta, puede referirse a Poppen (1989), quien expresa de manera acertada que la mejor terapia consiste en enseñarles a las personas habilidades adaptativas que le permitan, cuando sea posible, programar un ambiente más reforzador y enseñarle a hacer evaluaciones verbales positivas y precisas sobre las relaciones entre su conducta y el ambiente. En este sentido, el terapeuta que utiliza técnicas cognitivas está haciendo uso de reglas que tratan de arreglar el desarreglo de otras reglas (Pérez, 2004); en este último caso, las del paciente.

2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de esta (Breijo, 2006).

Por su parte, Vallejo y Comeche (1994) identifican dos tipos principales de dolor en los que la intervención psicológica puede producir mayores beneficios.

2.1 Dolor psicógeno

El dolor psicógeno es aquel que no ha sido asociado con una causa orgánica que explique la presencia de las sensaciones de dolor reportadas por los pacientes. Este es común en los trastornos clasificados como somatoformes, tales como la hipocondría y la histeria conversiva. En



estos casos, la intervención psicológica estará dirigida a la preocupación por padecer una enfermedad y no tanto a las sensaciones de dolor.

2.2 Dolor disfuncional

El dolor disfuncional es una forma inadecuada de respuesta del organismo ante las demandas del medio. Se le nombra también como dolor crónico, siendo esta denominación la más utilizada en la literatura científica (Donker, 1991; Ardua, 1997; Compás, Haaga, Keefe, Leitenberg y Williams, 1998; Vallejo y Comeche, 1994; Fordyce, 1999; Grady, Severm y Eldridge, 2002; Patterson, 2005). Se caracteriza porque permanece como mínimo 6 meses y no es posible controlarlo a través de la atención médica convencional. Adicionalmente, no se identifica claramente un daño físico o lesión que lo mantenga y se manifieste a través de síndromes tales como: tensiones musculares excesivas en áreas determinadas como la espalda baja, las cefaleas tensionales, lumbalgias y neuralgias. En el caso del dolor neoplásico (dolor producido por el cáncer), a pesar de que existe un daño claramente identificado, la intervención psicológica ha revelado ser de utilidad (Vallejo y Comeche, 1994).

El dolor crónico es considerado uno de los problemas de salud más serios, debido a sus repercusiones sociales y económicas. En el nivel individual, las consecuencias van más allá de la manifestación de conductas de dolor; por ejemplo, depresión, ansiedad, pobre movilidad, baja moral, problemas de sueño, dificultades en las relaciones sociales en el ámbito familiar y laboral (Donker, 1991; Fordyce 1999; Patterson, 2005; Keffe, Dunsmore y Burnett, 1992; Davis, 2000; Patterson, 2005).

CONCEPTUALIZACION DEL DOLOR

El dolor es un fenómeno complejo, por lo cual para comprenderlo, es necesario considerar múltiples factores como los biológicos, psicológicos y sociales.

Las personas, a lo largo de su vida, aprenden diferentes estrategias para enfrentar el dolor. Lo anterior involucra comportamientos motores tales como quejarse, llorar, dormir, abandonar el trabajo, tomarse un analgésico o distraerse; al igual que, en relación con el dolor, por ejemplo, considerarlo como algo incontrolable.

Se denominan conductas de dolor lo que las personas hacen cuando lo están sufriendo (Fordyce, 1999), y su importancia radica en el hecho de que, en buena medida, son aprendidas. Al respecto, Donker (1991) establece dos grupos importantes de estas conductas: respondientes, las cuales son reflejas y susceptibles de ser aprendidas por condicionamiento clásico (por ejemplo, vocalizaciones); y operantes, las cuales son mantenidas por el reforzamiento del medio (por ejemplo, dormir cuando se siente dolor de cabeza). Valga señalar que el aprendizaje de las conductas de dolor está mediado por factores sociales, especialmente por la influencia de las personas cercanas al paciente y por las concepciones que estos tengan con respecto al dolor.

En las familias de los enfermos con síndromes de dolor crónico, es frecuente que se les exija, a quienes lo sufren, un comportamiento característico y se les castigue cualquier expresión alternativa ante el dolor. Al respecto, Bayés (1991) señala que las reacciones de los pacientes tales como quejas, gemidos, gritos, llantos y expresiones faciales de sufrimiento, ante las sensaciones aversivas del dolor, pueden producir ganancias psicosociales, como atención, dedicación y amabilidad por parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios. De acuerdo con los principios del condicionamiento operante, esto fortalecería e incrementaría la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor, las cuales pueden llegar a ser emitidas con independencia de que permanezcan las condiciones de estimulación aversiva que les dieron origen.

Desde este punto de vista, las conductas del dolor no solo son emitidas como respuesta a una estimulación dolorosa (nocicepción), sino que son consideradas el producto de la integración en el sistema nervioso central de dicha información



con aquella proveniente del aprendizaje (Fordyce, 1999).

Las estrategias de afrontamiento que una persona posee para enfrentar el dolor también involucran factores cognitivos, principalmente relacionados con la percepción que la persona tenga sobre el nivel de control de este. Lo anterior es muy relevante; de hecho, hay estudios que indican que las personas que poseen un mayor nivel de autoeficacia percibida tienden a tener mayor tolerancia al dolor y una mayor activación de opiáceos endógenos (Keefe, Dunsmore y Burnett, 1992).

La intervención psicológica, en el caso del dolor, puede ir dirigida a mejorar las habilidades del paciente para afrontarlo, lo cual en sí mismo es ventajoso en la medida en que logra disminuir el impacto de esta experiencia en la vida de la persona. Sin embargo, también la intervención psicológica dirigida a mejorar tales estrategias de afrontamiento posee un efecto positivo sobre la percepción del dolor en sí misma (Donker, 1991; Vallejo y Comedie, 1994).

Lo anteriores consistente con los hallazgos realizados en el área de Neurociencias, por ejemplo, el modelo propuesto por Melzack y Wall (Purves, D., Augustine, G. Fitzpatrick, D., Katz, L., LaMantia, A., McNamara, J., 2001; Kolb y Wishaw, 2002) establece que la percepción del dolor (nocicepción) puede ser inhibida por la activación de las vías sensitivas (tacto y presión) en el nivel de la médula y por el procesamiento de otros tipos de información sensorial en el nivel de tronco y la corteza. Esto explica en alguna medida cómo el desplazamiento de la atención de la sensación del dolor a otras actividades tiende a ser una estrategia efectiva para el control del dolor; en palabras de Fordyce, las personas que tienen algo mejor que hacer, no sufren demasiado (1999).

Los avances en Neurociencia también han puesto de manifiesto la importancia del control del sistema nervioso central sobre el dolor y por ende, el componente subjetivo. Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial se observó que algunos soldados con graves heridas a

menudo padecían poco dolor o ninguno (Pinel, 2001). Asimismo, la investigación señala la importancia del efecto placebo en el control del dolor; por ejemplo, algunos estudios reportan que 3 de 4 pacientes que sufren de dolor postoperatorio comunican un alivio satisfactorio después de una inyección de solución salina (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Katz, LaMantia, y McNamara, 2001).

Se ha descubierto que la estimulación de la sustancia gris periacueductal y algunas regiones de bulbo raquídeo (núcleos del rafe) provocan analgesia (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Katz, LaMantia, y McNamara, 2001). De manera consistente con lo anterior, se han encontrado receptores para los opiáceos endógenos en estas regiones, así como en las astas posteriores de la médula espinal, las cuales están precisamente relacionadas con la transmisión de la información nociceptiva (Kandel, Schwartz y Jessell, 2001). De esta forma, la acción reguladora del sistema nervioso central estaría mediada por la acción de vías que se proyectan desde la corteza a la médula espinal a través de la materia gris peri-acueductal y el bulbo raquídeo (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Katz, LaMantia, y McNamara, 2001). Estos hallazgos han puesto de manifiesto, tal y como señalan Kandel, Schwartz y Jessell (2001), que el dolor es una percepción compleja y más que cualquier otra modalidad sensorial, estaría influida por el estado emocional y las contingencias ambientales. En este sentido, cada una de las personas posee una percepción del dolor y una forma de enfrentarlo, lo cual es una experiencia individual y subjetiva (Davis, 2000).

4. EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación conductual del dolor crónico debe ser abordada de la misma forma que cualquier otro tipo de problema (Arena, 2002). Al igual que con otros síndromes, es necesario contar con los reportes médicos de los especialistas que hayan tratado al paciente, descartando la existencia de una patología médica asociada. En el caso de que el paciente carezca de esta información, es imprescindible que sea examinado por el especialista correspondiente



(Vallejo y Comanche, 1994; Compás, Haaga, Keefe, Leitenberg, y Williams, 1998; Grady, Severn y Eldridge, 2002).

El objetivo de la evaluación conductual es, por una parte, caracterizar el dolor y, por otra, delimitar las relaciones entre las conductas de dolor, sus antecedentes y las consecuencias. Estas últimas son de vital importancia, ya que son factores muy importantes en el mantenimiento de estos síndromes (Fordyce, 1999; Bayés, 1991; Donker, 1991; Ardua, 1997; Compás, Haaga, Keefe, Leitenberg y Williams, 1998; Patterson, 2005).

Al realizar la evaluación, es importante iniciar con la recolección de los datos relacionados con el dolor, y no con los factores psicológicos, ya que los pacientes podrían considerar que se menosprecia el dolor que sufren o que es percibido por el terapeuta como imaginario (Arena, 2002).

En cuanto a la evaluación del dolor en sí mismo, es necesario caracterizarlo de acuerdo con las siguientes dimensiones:

- Frecuencia: cuántas veces se presenta el dolor. Esta medida es útil en los casos de los síndromes que son episódicos, tales como la cefalea, y no en los de dolor continuo, como la lumbalgia.
- Intensidad: se debe determinar el grado de malestar que siente el paciente. Vallejo y Comeche (1994) sugieren utilizar un instrumento que mida la intensidad del dolor en una escala numérica con anclas verbales (ausencia de dolor, dolor medio, etc.) a lo largo de una línea continua (Anexo 1). La utilización de estos elementos le facilita al paciente una valoración más precisa de la intensidad del dolor.
- Duración del dolor: se debe establecer la duración del dolor, si este es pulsátil o constante.
- Localización: determinar si se sitúa en una sola área o hay varias áreas de dolor, si es unilateral o bilateral.
- Otros factores asociados:

o Uso de fármacos: tipo, dosis, fecha de inicio del tratamiento y efectos.

o Inicio del padecimiento: circunstancias tales como esfuerzo excesivo, ejercicio violento, accidentes, enfermedad, intervenciones quirúrgicas, problema personal, entre otros.

o Otras áreas afectadas, por ejemplo sueño, relaciones sexuales, apetito y alimentación, actividades habituales, entre otros.

o Eventos que mejoran o empeoran el dolor, por ejemplo, ejercicio físico, disgustos, cambios climáticos, menstruación, cambios hormonales.

o Patologías asociadas: indagar sobre rasgos de depresión, ansiedad, estrés, trastornos de pánico, abuso de sustancias. Determinar la existencia de otros síntomas fisiológicos, tales como náuseas, mareos, alteraciones visuales, entre otros. En relación con las conductas de dolor, es necesario evaluar los siguientes aspectos:

• *Antecedentes*

Se debe establecer cuáles son los eventos que podrían desencadenar las conductas de dolor. Se deben considerar factores internos, tales como pensamientos racionales o irracionales en torno al dolor; por ejemplo: considerarse incapaz de controlar y tolerar el dolor; el pobre efecto de los tratamientos; la existencia de una enfermedad subyacente no descubierta; la anticipación de efectos negativos, en el caso de los pacientes que atienden con demasiado detalle las sensaciones relacionadas con el dolor. Además de lo anterior, es necesario evaluar factores externos, tales como: cambios de temperatura, ruidos, cargas laborales, cambios de rutina, problemas personales, la presencia de otras personas, situaciones que provocan estrés, entre otros.

• *Conductas de dolor*

Este tipo de conductas constituyen parte de las estrategias de afrontamiento del paciente y como tales, pueden o no agravar el problema. Por lo general, son mantenidas por el reforzamiento que el medio les provee.



Se deben especificar las conductas de tipo motor que ocurren durante la experiencia de dolor; por ejemplo, retirarse del trabajo, mantenerse en reposo, aislarse, demandar atención, dormir, utilizar fármacos, evitar ciertas actividades.

Asimismo, deben considerarse las expresiones tales como quejas, llanto y expresiones faciales.

También es necesaria la evaluación de los pensamientos que manifiesta el paciente durante la crisis de dolor. Estos pueden potenciar las reacciones negativas; por ejemplo, en los casos en los que el paciente cree que puede morir, que puede sufrir un grave trastorno de salud a consecuencia del dolor o que el dolor es incontrolable.

• *Consecuencias de las conductas de dolor*

Es necesario determinar las consecuencias que mantienen este tipo de comportamientos; por ejemplo, incapacidades, atención familiar, privilegios en el trabajo, atención de otras personas tales como médicos o autoridades religiosas. Al respecto Fordyce (1988) señala que el dolor crónico, en muchos casos, puede ser más el producto del reforzamiento que un problema físico.

En el caso de la evaluación conductual del dolor crónico, los instrumentos más utilizados son los siguientes:

• **Entrevista conductual:** es uno de los instrumentos más usados por su utilidad y ventajas prácticas (Donker, 1991). Si es usada de manera adecuada permite recabar la información necesaria para realizar un adecuado análisis funcional de la conducta problema (Edelstein y Yoman, 1991).

• **Autorregistros:** permiten recolectar información muy variada sobre el dolor, por ejemplo, su intensidad y duración. También, facilitan la obtención de información de las conductas de dolor, sus desencadenantes y consecuencias. Los formatos pueden ser variados; lo más importante es que recabe la información que el terapeuta requiere y que se ajuste a las características del paciente (ver Anexo 2).

• **Cuestionarios:** el cuestionario que más se ha utilizado en el caso de dolor es el de McGill (Keefe, Dunsmore y Burnett, 1992; Vallejo y Comeche, 1994; Donker, 1991), recientemente se han señalado algunas limitaciones para su uso en el nivel clínico (Boyle, Fernández y Ortet, 2003). Otros instrumentos que pueden utilizarse son la Escala de síntomas de ansiedad sobre el dolor de McCracken *et al.* y el Cuestionario de estrategias de afrontamiento de Rosentiel y Keefe (Vallejo y Comeche, 1994).

• **Registros psicofisiológicos:** partiendo de la información recabada a través de entrevista, así como de los autorregistros y cuestionarios, se puede complementar la valoración del trastorno con la medición de las respuestas psicofisiológicas, especialmente si se planea como parte del tratamiento la utilización de la biorretroalimentación.

5. INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

Desde el punto de vista de la terapia de la conducta, Vallejo y Comeche (1994) hacen alusión a dos grandes corrientes de tratamiento: individuales y guípaes.

5.7 Intervenciones individuales

Estas intervenciones se enfocan sobre tres grandes áreas: desarrollo de conductas alternativas a las conductas de dolor, cambios en el estilo cognitivo y control sobre la activación psicofisiológica. Cada intervención se ajusta a las características del paciente, por lo cual no se define un conjunto de etapas comunes por cumplir.

5.1.1 Desarrollo de conductas alternativas a las conductas de dolor.

• **Reducción del aislamiento del paciente y aumento de actividades que le sean gratificantes.** Al respecto Arena (2002) señala que se debe motivar al paciente a interactuar con otras personas y a aumentar el número de actividades que le son gratificantes. Las técnicas de control de contingencias y reestructuración cognitiva son efectivas para este fin.



- Aumento de la actividad física. Esto es importante principalmente en el caso de aquellas personas que están sometidas a largos periodos de monotonía (supervisores o trabajadores con jornadas muy rutinarias), que tienden a abusar de la inmovilidad (exceso de horas de sueño, ver televisión o escuchar radio por periodos muy prolongados) o que están sometidos a cambios bruscos de actividad (jornadas extenuantes durante la semana y baja importante de actividades en los fines de semana).

- Se ha comprobado que el ejercicio posee un efecto antidepressivo, por lo cual es de mucha utilidad en los casos en que el paciente manifieste síntomas de depresión (Arena, 2002).

- En todos los casos, es fundamental considerar el nivel de habilidad del paciente para hacer ejercicio, así como el grado de interferencia que la presencia del dolor tiene sobre su movilidad. Para lograr un efecto positivo, las rutinas deberán aplicarse de forma paulatina con pequeños aumentos de intensidad.

5.1.2 Cambios en el estilo cognitivo del paciente.

- Auto valoraciones negativas. Es común que estos pacientes se perciban a sí mismos como una carga o estorbo en el nivel social, por lo que es necesario trabajar con el paciente estas creencias. Se puede hacer uso de técnicas tales como control de atención y reestructuración cognitiva.

- Anticipación del dolor. La mayoría de los pacientes tiende a identificar indicadores que consideran anticipatorios de las crisis. De esta manera, las conductas subsecuentes tienden a estar dirigidas a mitigar el dolor. Se hace necesario que el paciente identifique estrategias que permitan mantener el mayor control posible sobre la situación. Por ejemplo, si el paciente cree que cuando el dolor se manifiesta la única alternativa es acostarse y esperar que pase, se debe evaluar con él si esta estrategia es la más adecuada. En caso de no serlo, es necesario establecer estrategias alternativas. Usualmente, el establecimiento de dichas estrategias requiere una modificación de las creencias en torno al

dolor, para lo cual se puede hacer uso de la reestructuración cognitiva y la solución de problemas.

- Focalización del dolor. Es usual que los pacientes tiendan a focalizar su atención sobre el dolor, por lo que es necesario enseñarles a dirigir la atención sobre otros estímulos que sean menos estresantes o perturbadores. Esto produce efectos positivos sobre la intensidad percibida del dolor. En esta dirección, Morley, Shapiro y Biggs (2004) desarrollaron un manual para el entrenamiento en el manejo de la atención en pacientes con dolor crónico. El lector interesado puede obtener dicho manual de manera gratuita en la siguiente dirección: <http://www.leeds.ac.uk/medice/divisions/psychiatry/attman.htm>.

5.1.3 Activación psicofisiológica. Tomando en consideración que hay síndromes que se caracterizan por dolor músculo esquelético o de origen vascular (cefaleas), se deben modificar aquellas respuestas fisiológicas que se detectaron con niveles excesivos, por ejemplo, tensión muscular, temperatura periférica, amplitud de pulso sanguíneo, frecuencia cardíaca y conductancia de la piel. El uso de técnicas de relajación y biorretroalimentación son eficaces en esta dirección.

- Relajación. El entrenamiento en técnicas de relajación es una alternativa en los casos de pacientes con ansiedad y estrés. Se busca que la persona aprenda a reaccionar de forma diferente ante los eventos que producen tensión en su vida diaria. De esta forma, se evita que repercutan negativamente sobre la tensión muscular o vascular, como en los casos de las cefaleas.

- Biorretroalimentación. El objetivo de esta técnica es que la persona aumente su habilidad para el control voluntario de sus respuestas fisiológicas exacerbadas. Los niveles de efectividad de esta técnica y la relajación son semejantes. Sin embargo, su uso combinado tiende a mostrar mejores efectos (Compás, Haaga, Keefe, Leitenberg y Williams, 1998).

5.2. Intervenciones grupales



Estas intervenciones son aplicadas de manera sistemática y estructurada, de tal forma que todos los pacientes reciben el mismo entrenamiento en los tópicos considerados terapéuticamente relevantes. A continuación se señalan algunos de los tratamientos que han sido utilizados con mayor frecuencia.

5.2.1 Tratamiento del dolor crónico de Fordyce. Es uno de los enfoques que mayor influencia ha tenido en el tratamiento del dolor crónico (Patterson, 2005). Se basa en una perspectiva operante de las conductas del dolor, ya que de acuerdo con Fordyce (1999) estas son altamente influenciadas por el ambiente del paciente; por lo que se deben identificar los eventos displacenteros que el paciente trata de evitar al emitirlas, así como los factores gratificantes que obtiene. Evidentemente, se debe descartar de forma previa el origen médico del dolor. En consecuencia, la intervención se basa en el control estricto sobre los estímulos reforzadores responsables del mantenimiento del problema, y, por ende, en la colaboración de las personas cercanas al paciente. Otro aspecto importante es el control sobre el uso de los analgésicos ingeridos, ya que los pacientes los utilizan como estrategia de escape ante los estímulos aversivos, con lo cual su ingesta es reforzada cuando el dolor desaparece. En este sentido, se propone un uso basado en el tiempo y no en la presencia de dolor, de forma que los niveles del analgésico sean mantenidos en sangre de forma consistente. Un último elemento del programa es el incremento consistente y progresivo de la actividad del paciente, de forma que se rompa con la tendencia a realizar cambios bruscos de inactividad a actividad excesiva, los cuales, en algunos casos, solo incrementan el dolor (Patterson, 2005; Keefe, Dunsmore y Burnett, 1992).

5.2.2 Programa de control del Dolor de cabeza de Blanchard y Andrasik. Está dirigido únicamente al control de la cefalea a través de la aplicación de la relajación y, en aquellos casos en los cuales no es suficiente el entrenamiento en biorretroalimentación de la respuesta electromiográfica (cefalea tensional) y de temperatura (cefaleas vasculares). Este tipo de tratamiento no incluye intervención sobre conductas y

cogniciones ligadas al problema del dolor. No obstante, los mismos autores, en un texto publicado posteriormente, señalan que deben considerarse estos aspectos dependiendo del análisis de cada caso (Vallejo y Comedie, 1994).

6. CONCLUSIONES

A partir de la revisión y el análisis de la literatura relacionada con el tratamiento psicológico del dolor crónico efectuados a lo largo de este artículo, es posible extraer algunas conclusiones relevantes para el quehacer de los profesionales en Psicología en Costa Rica:

6.1 A pesar de la clara función evolutiva de protección del dolor, este es un fenómeno complejo en el cual convergen no solo factores biológicos, sino también psicológicos y sociales. Esto demanda de parte del profesional un abordaje integral y multidisciplinario, tanto en el nivel conceptual como aplicado. En este sentido, es necesario que el psicólogo comprenda los aspectos biológicos asociados al dolor y que, a su vez, los profesionales en medicina comprendan los factores psicológicos. En ambos casos, se debe tener presente que la experiencia de dolor es influida por el contexto social donde ocurre.

6.2 Se viene dando una creciente aceptación de la importancia de los factores psicológicos asociados al dolor crónico. Esto ha sido impulsado por los hallazgos realizados en el área de Neurociencia, así como por la efectividad mostrada por las intervenciones conductuales. En relación con este último aspecto, valga señalar que las investigaciones metaanalíticas de Morley, Eccleston y Williams (1999) y Eccleston, Morley, Williams, Yorke y astroyannopoulou (2002), citadas al inicio de este artículo, fueron publicadas en la revista PAIN editada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Esto denota la aceptación de este tipo de intervenciones, más allá de los círculos de profesionales en Psicología.

6.3 Las técnicas de la terapia de la conducta han demostrado ser de gran utilidad para mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes



con dolor crónico, lo cual, sin duda alguna, conlleva un beneficio importante en su vida. Sin embargo, dichas intervenciones también son efectivas para disminuir el nivel de dolor percibido por estos pacientes. En suma, no solo se trata de intervenciones dirigidas a desarrollar un estilo de afrontamiento más estoico frente a la experiencia de dolor, si no de disminuir el dolor en sí mismo.

6.4 Las intervenciones desarrolladas a partir de la terapia de la conducta para el tratamiento del dolor crónico, hacen uso de las mismas técnicas que se utilizan para el abordaje de otros problemas de la salud y de los trastornos psicopatológicos. Por lo general, en el caso del dolor crónico se utiliza el manejo de contingencias, la reestructuración cognitiva, el manejo de la atención, relajación y biorretroalimentación. Esto significa que el psicólogo interesado en el abordaje del dolor crónico debe entrenarse en los principios y técnicas propias de la terapia de la conducta, sin que sea necesario recurrir a una especialización adicional.

6.5 El dolor crónico constituye un serio problema por sus repercusiones psicológicas, sociales y económicas, así como por las limitaciones del enfoque médico tradicional. Esto hace necesario el desarrollo de intervenciones conductuales efectivas para el manejo del dolor crónico en el nivel de salud pública, lo cual, sin duda alguna, abre posibilidades de inserción laboral para aquellos profesionales que, de manera seria, aborden esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Ardua, R. (1997). Análisis Experimental del Comportamiento y Psicología de la Salud. *Psicología conductual*. 5 (3), 435-443.

Arena, J. (2002). Chronic pain: psychological approaches for the front-line clinician. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1385-1396.

Baum, W. (1994). *Understanding Behaviorism: science, behavior and culture*. NY: Harper Collins Collage Publisers.

Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.

Boyle, G., E. Fernández y G. Ortet. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Psicología*. 12, 1 11-119.

Breijo, F. (2006). *Tipos de cefaleas*. Consultado el 25-03-2006 en: <http://www.mailxmail.com>.

Compás, B., D. Haaga, F. Keefe, H. Leitenberg y D. Williams. (1998). Sampling of Empirically Supported Psychological Treatments from Health Psychology: Smoking, Chronic Pain, Cáncer, and Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66 (1), 89-112.

Davis, B. (2000). *Caringforpeople inpain*. Florence, KY: Routledge.

Donker, F. (1991). Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En *Manual de Psicología Aplicada*.

Buela Casal, G. y V. Caballo (compiladores) Madrid: Siglo XXI editores.

Eccleston, C., S. Morley, A. Williams, L. Yorke, y K. Mastroyannopoulou. (2002). Systematic review of randomized controlled triáis of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *PAIN*. 99, 157-165.

Edelstein, B. y J. Yoman. (1991). La entrevista conductual. En: *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Caballo, V. (compilador). Madrid: Siglo XXI editores.

Fordyce, W. (1999). Pain and suffering. *American Psychologist*. 43 (4), 276-283.

Grady, K., A. Severm, y P. Eldridge. (2002). *Key tapies in chronic pain*. Oxford: BIOS Scientific Publishers.



Gutiérrez, G. y L. Cadena. (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Medunab.* 4 (10), 1-5.

Kandel, E., J. Schwartz y T. Jessell. (2001). *Principios de Neurociencia.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Keefe, F., J. Dunsmore y R. Burnett. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 60 (4), 528-536.

Kolb, B. y I. Whishaw. (2002). *Cerebro y conducta.* Madrid: McGraw-Hill.

Morley, S., C. Eccleston y A. Williams. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *PAIN.* 80, 1-13.

Morley, S., D. Shapiro, y J. Biggs. (2004). Developing a treatment manual for attention management in chronic pain. *Cognitive behaviour therapy.* 33 (1), 1-11.

Patterson, D. (2005). Behavioral methods for chronic pain and illness: a reconsideration and appreciation. *Rehabilitación psychology.* 50 (3), 312-315.

Pérez, M. (1991). El sujeto en la modificación de conducta: un análisis conductista. En: Caballo, Vicente, (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Pinel, J. (2001). *Biopsicología.* Madrid: Prentice Hall.

Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rule-governed behavior. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: cognition, contingencies, and instructional control,* (pp. 325-357). New York: Plenum Press.

Purves, D., G. Augustine, D. Fitzpatrick, L. Katz, A. LaMantia, y J. McNamara, (2001). *Invitación a la Neurociencia.* Madrid: Panamericana.

Richelle, M. (1981). *Skinner o el peligro behaviorista.* Barcelona: Herder.

Vallejo, M. y M.I. Comeche. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

