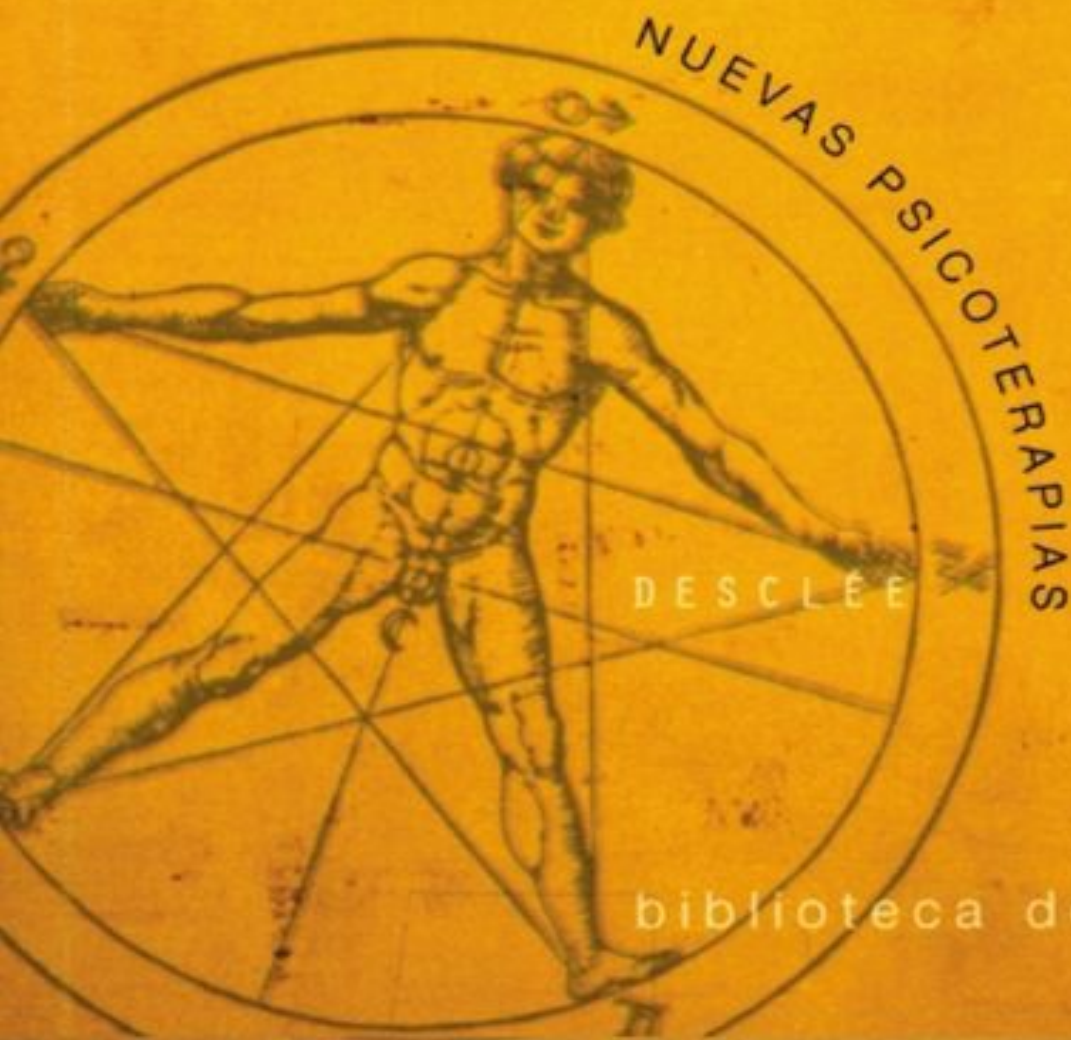


DOLOR CRÓNICO

**Procedimientos de evaluación
e intervención psicológica**

Jordi Miró



biblioteca de psicología

DOLOR CRÓNICO
PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN
E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

JORDI MIRÓ

DOLOR CRÓNICO
PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN
E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

2ª EDICIÓN

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

1ª edición: febrero 2003
2ª edición: octubre 2006

© Jordi Miró, 2003

Departamento de Psicología, Universitat Rovira i Virgili

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2003
Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edeslee.com
info@edeslee.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Edición digital: Grammata.es
ISBN: 978-84-330-3535-6

A Còia

*Por mucho,
por todo.*

Mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que de una forma u otra me han ayudado a lo largo de mi formación. De forma muy especial, a los Drs. Wilbert E. Fordyce, Mark P. Jensen y Dennis C. Turk, y al resto de profesionales del PETI de la Universidad de Pittsburgh, y del MPC de la Universidad de Washington.

Y al Dr. Frank B.W. Hawkinshire, mi mentor y tutor durante los años de residencia en NYU.

También quiero reconocer el soporte económico de la Generalitat de Catalunya en forma de becas y ayudas, tanto predoctorales como postdoctorales.

Prefacio

La forma más universal de estrés quizás sea el dolor. Ningún otro síntoma físico es más desgarrador ni demanda más atención que éste. Es una de las razones más habituales que llevan a visitar al médico y los costes relacionados con su tratamiento son astronómicos. Aunque analizar así el dolor, en abstracto, no permite considerar el incalculable sufrimiento humano de las personas afectadas o el de sus familias.

Por definición, el dolor crónico se extiende por largos periodos de tiempo –meses, años, incluso décadas. La persona que sufre un problema de dolor crónico se encuentra inmersa en un mundo complejo y caro, poblado no sólo por la gran cantidad de pacientes que lo sufren sino también por familiares, profesionales de la salud, jefes, compañías de seguros y el gobierno, incluso. Los familiares se sienten cada vez más desesperados y angustiados, pues los costes médicos, la discapacidad y el malestar emocional aumentan, mientras que los ingresos económicos y las opciones de tratamiento disminuyen. Crece la frustración en los profesionales de la salud, a medida que las opciones de tratamiento médico se extinguen y la condición de dolor no disminuye o empeora. En los jefes y compañeros de trabajo aumenta el resentimiento según disminuye la productividad, porque el trabajador está ausente de su puesto de trabajo con frecuencia y otros deben hacerse cargo de sus responsabilidades. Las agencias gubernamentales y los agentes públicos observan impotentes el aumento de los gastos, por la multiplicación de costosas pruebas diagnósticas y el aumento de tratamientos ineficaces. Con el tiempo, aquellos involucrados en el caso pueden cuestionar la veracidad de las quejas de dolor del paciente, puesto que en muchas ocasiones la base médica es incapaz de justificar los síntomas que presenta. Algunos pueden sugerir que el paciente está intentando conseguir la atención de los demás, evitar actividades indeseables u obtener compensaciones por su discapacidad o invalidez. Otros pueden sugerir que el dolor no es real, que todo es “psicológico”.

Aunque las personas con dolor agudo a menudo obtienen un alivio para el dolor gracias a los profesionales de atención primaria, aquellos con dolor persistente se encuentran *cogidos* dentro del sistema, en un continuo peregrinaje que les lleva de médico en médico y de prueba en prueba, intentando conseguir un diagnóstico para su problema y obtener un tratamiento adecuado. Para muchos, el dolor se convierte en el

centro de sus vidas. Se apartan de la sociedad, pierden sus trabajos, se alejan de familia y amigos, cada vez están más y más aislados. La búsqueda para una solución a menudo persiste esquiva.

La angustia, tan común en aquellos que sufren de dolor crónico, es imputable a una diversidad de factores, entre ellos miedo, sistemas de ayuda y de afrontamiento inadecuados o insuficientes, complicaciones inducidas durante el tratamiento (iatrogenia), abuso de potentes drogas, incapacidad de trabajar, dificultades financieras, litigios prolongados, interrupción de actividades normales y trastornos del sueño. Además, experimentar esta suerte de “*limbo médico*” –esto es, la presencia de una condición dolorosa que elude cualquier diagnóstico y que se atribuye bien a algún trastorno psiquiátrico, o bien a una enfermedad terrible que no se ha sabido diagnosticar– es en sí mismo una gran fuente de estrés, y puede provocar un evidente malestar psicológico, o agravar una condición psiquiátrica premórbida. En el caso del cáncer, el estrés del dolor se superpone al miedo a morir de una enfermedad fatal.

A diferencia del dolor agudo, el dolor persistente enfrenta al individuo no sólo con el estrés causado por el dolor, sino con una cascada continua de estresores que abarcan todos los aspectos de sus vidas. Vivir con un dolor persistente requiere de considerable fortaleza emocional pues tiende a vaciar las reservas emocionales de la gente, graba no sólo al individuo sino que mina la capacidad de ayuda de la familia, amigos, compañeros de trabajo y empleadores. Así, no debería sorprender que los pacientes se muestren preocupados, y experimenten sentimientos de ira, desmoralización, desamparo, desesperación, frustración, aislamiento y depresión.

Es razonable preguntar, pues, cómo puede ser que un problema tan extendido, costoso y devastador como el dolor sea tan poco conocido y tan mal tratado. Un factor significativo que tiene mucho que ver con la situación actual es la incertidumbre diagnóstica. El diagnóstico del dolor no es una ciencia exacta. Precisamente, un problema fundamental en el conocimiento del dolor es que se trata de un estado (interno) subjetivo. No existe *termómetro de dolor* que pueda determinar adecuadamente la cantidad de dolor que un individuo siente, o que debería estar experimentando. Esto es, aunque todos sabemos qué es el dolor, éste no puede ser medido objetivamente. Sólo estamos en disposición de inferir la cantidad de dolor presente a partir de indicios tales como la extensión del daño tisular, los informes de dolor o las conductas no verbales de dolor del paciente (expresiones observables de dolor y sufrimiento tales como cojear o la realización de ciertos movimientos protectores). Incluso al considerar el daño tisular, es imposible especificar la cantidad de dolor que se *debería* experimentar. Por ejemplo, ¿un corte de 2 cm de largo por 1 cm de profundidad debería doler el doble que otro con 1 cm de largo y 0.5 cm de profundidad?

La búsqueda para el control del dolor ha sido uno de los mayores empeños de la humanidad desde tiempos inmemoriales. Se han encontrado menciones a tratamientos de dolor en papiros Egipcios de más de 4000 años a.C. Las personas con dolor se han sometido a múltiples tratamientos invasivos y nocivos, en esta búsqueda para aliviar su problema. Aun así, la búsqueda para aliviar el dolor continua hoy igual que en el pasado.

A pesar de esta larga historia, de los avances en los conocimientos de fisiología, anatomía y bioquímica, y del desarrollo de potentes analgésicos y otros tratamientos médicos y quirúrgicos innovadores, el alivio del dolor sigue siendo esquivo para muchos (Turk, en prensa). Más aun, el manejo del dolor sigue siendo un problema en extremo desafiante, un reto para el individuo que lo sufre y también para los miembros de su familia, los profesionales de la salud y la sociedad en general.

Los tratamientos del dolor han ido parejos a la forma cómo se le ha conceptualizado y evaluado. Tradicionalmente, el interés de la medicina ha estado en la causa del dolor; se supone que existe una base física para el dolor y que ésta, una vez identificada, se puede eliminar, y si no eliminarla, sí bloquearla mediante intervenciones médicas o quirúrgicas. La evaluación médica se dedicó, pues, a identificar la causa física del dolor. En ausencia de una base física, se suele invocar a una causa psicológica como responsable del dolor, de ahí el término “dolor psicógeno”. Así, el punto de vista tradicional sobre el dolor crónico se caracteriza por plantear una dicotomía: el informe de dolor tiene una base física o bien una base psicológica. Estas formulaciones dicotómicas se han mostrado inadecuadas, sin embargo todavía persisten. Actualmente, no hay ninguna duda de que los factores físicos contribuyen a los síntomas de dolor, y que los factores psicológicos, incluso la motivación consciente, pueden tener cierta influencia en la forma cómo algunos pacientes informan sobre sus síntomas. Sin embargo, resulta igualmente evidente que numerosos factores psicosociales contribuyen a la experiencia de dolor y de discapacidad (Turk y Okifuji, 2002).

La forma como los pacientes ven su problema, más que la presencia de patología física, afectará cómo se presenta a los demás, y sus respuestas al tratamiento. A consecuencia del dolor persistente, las personas se sienten mal emocionalmente, cambian drásticamente su funcionamiento diario y se preocupan por su futuro. Estos pensamientos, sentimientos y conductas aumentarán la angustia, fomentarán la inactividad y la evitación de actividades a las que los pacientes temen pues creen que pueden provocar más dolor, el resultado es un mayor deterioro físico y discapacidad. Se inicia, así, un círculo vicioso que se perpetua en el tiempo.

Actualmente se reconoce que el dolor es una experiencia perceptiva compleja influida por un amplio rango de factores psicosociales, en el que se incluye a las emociones, el contexto social, el ambiente sociocultural, el significado del dolor para la persona, las creencias, actitudes y expectativas, además de los factores biológicos (Turk y Monarch, en prensa). El dolor que persiste durante meses y años, el dolor crónico, impactará en todos los aspectos del funcionamiento de la persona –emocional, interpersonal y de ocio, además del físico. El equilibrio o el peso de los factores contribuyentes, físicos y psicológicos, puede variar con el tiempo y entre individuos. Con todo, para asegurar el éxito terapéutico, los factores psicosociales se deben evaluar y tratar conjuntamente con los factores físicos y los factores psicológicos predisponentes. La literatura también sugiere que el contexto social y familiar en el que el dolor persiste puede jugar un papel central en la amplificación del dolor y en el mantenimiento de la discapacidad. Por tanto, no cabe ignorar el contexto social si se pretende una rehabilitación exitosa.

En estos últimos años ha habido una explosión de investigaciones sobre los factores psicológicos en el dolor (Turk y Okifuji, 2002). Con el aumento de tal base de conocimientos, actualmente los proyectos de investigación se esmeran por diseñar tratamientos psicológicos específicos, en base a las características psicosociales de los pacientes; unos tratamientos que se pueden combinar con intervenciones médicas y programas de rehabilitación (Turk, 1990).

Las reflexiones anteriores sirven para subrayar el importante papel de los especialistas en salud mental en la evaluación y tratamiento de pacientes con distintos síndromes de dolor crónico. En este punto resulta oportuno recordar el comentario de John Bonica, figura principal en la era moderna del estudio y tratamiento de los pacientes con dolor, que recogía el prefacio a la primera edición (1954) de su obra *The Management of Pain*, repetido en la segunda edición, unos 36 años más tarde (1990):

Sólo de forma reciente, el papel de los factores psicológicos y ambientales, como causas de dolor en un número significativo de pacientes, ha recibido la atención que merece. Han aparecido, eso sí, modelos y bosquejos del sistema de dolor, con sus receptores, fibras conductoras y funciones básicas, aplicables a todas las circunstancias. Pero... al hacerlo, la medicina ha obviado el hecho que este sistema está sujeto a la *influencia constantemente cambiante de la mente* (p. 12; el énfasis está añadido).

Una pléyade de estudios, y varios meta-análisis, han confirmado la efectividad clínica y la relación coste-eficacia de los tratamientos psicológicos solos, y en combinación con otros métodos más tradicionales (por ejemplo, Guzman et al., 2001; McCracken y Turk, en prensa; Morley et al, 1999). Gracias a los resultados de estas investigaciones y al importante cuerpo de conocimientos adquirido, se ha puesto de manifiesto el papel de los especialistas de la salud mental en el campo del dolor; el gobierno de los Estados Unidos, tanto en sus publicaciones como en las distintas iniciativas desarrolladas, así lo ha destacado. Organizaciones gubernamentales de países como Canadá, Australia, Reino Unido o Suecia, además de las estadounidenses, en los informes que han publicado sobre el dolor y su tratamiento, también destacan el peso de los factores psicológicos y el papel de los psicólogos. En los Estados Unidos, las agencias de certificación médica tales como la *US Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* [JCAHO], la *US Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities* [CARF], y organizaciones profesionales (por ejemplo, la *American Academy of Neurology*), igualmente han evocado la complejidad del dolor y la necesidad de superar las modalidades físicas de tratamiento como única vía para tratar a los pacientes con problemas de dolor. El reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos en el dolor ha propiciado que un gran número de profesionales de la salud mental se dedique a evaluar y tratar pacientes de dolor en clínicas de dolor especializadas y en muy distintos contextos médicos, también en la práctica privada. La *American Psychological Association* ha señalado que el tratamiento psicológico de los pacientes con dolor crónico, es una de las 25 áreas de las que se tienen evidencia sobre su eficacia.

El libro que tiene en sus manos aparece en un momento oportuno, se trata de un trabajo de gran relevancia e interés para los clínicos, ya sea que tengan una proporción

pequeña de clientes con este tipo de problema o se dediquen en exclusiva o de forma mayoritaria a esta población. Su autor, el Dr. Miró, ha sabido combinar el conocimiento científico disponible con información clínica práctica y con pautas básicas de intervención. Esta obra resulta un manual fundamental para el clínico, le ayudará a identificar la forma más adecuada para evaluar a los pacientes de dolor crónico, y a cooperar con otros profesionales de la salud para un tratamiento eficaz de los pacientes. Además, el análisis de los factores implicados en el tratamiento señalará a los investigadores interesados un buen número de aspectos que necesitan de comprobación y verificación empírica. Sin duda, se trata de un trabajo importante, un libro esencial, que debería ser estudiado cuidadosamente por todos aquellos implicados en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

Dennis C. Turk, Ph.D.
John and Emma Bonica Professor of Anesthesiology
University of Washington School of Medicine
Seattle, Washington, USA

Referencias bibliográficas

- Bonica, J. J. (1954/1990). *The management of pain* (1st /2nd edit.). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Guzman, J.; Esmail, R.; Karjalainen, K.; Malmivaara, A.; Irvin, E. y Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *British Medical Journal*, 322, 1511-1516.
- McCracken, L. M. y Turk, D. C. (en prensa). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: Outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*.
- Morley, S.; Eccleston, C. y Williams, A. (1999). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Turk, D. C. (1990). Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what, and why. *Clinical Journal of Pain*, 6, 255-270.
- Turk D. C. (en prensa). Clinical effectiveness and cost effectiveness of treatments for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*.
- Turk, D. C. y Monarch, E. S. (en prensa). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En D. C. Turk y R. J. Gatchel (Eds.) *Psychological approaches to chronic pain management: A clinician's guidebook*, (2^a edición). Nueva York: Guilford Press.
- Turk, D. C., y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 679-690.

1

El dolor: aspectos conceptuales

1.1. El problema de la definición

La forma de entender el dolor ha experimentado importantes cambios a lo largo de la historia y, en este sentido, los de los últimos 35 años han sido *revolucionarios*. Efectivamente, se ha progresado desde una posición restrictiva, unidimensional, en la que se considera al dolor como un fenómeno de naturaleza fisiológica, a una valoración más comprensiva, de carácter multidimensional. Así, y conceptualmente hablando, reconocer que el dolor es una experiencia perceptiva compleja, resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales, es el mayor avance conseguido en el estudio del dolor durante el siglo XX. La nueva forma de entender el dolor ha propiciado cambios, y muy importantes, en los procedimientos empleados para su estudio, evaluación y tratamiento. A lo largo de las páginas que siguen, vamos a presentar, aunque de forma breve, la evolución que ha experimentado la definición del dolor en Occidente, y a analizar las implicaciones e influencias que las diferentes conceptualizaciones han ejercido en la práctica clínica. Como veremos, en la historia del estudio del dolor existe un reciclaje de las perspectivas teóricas más que una progresión basada en el incremento de los conocimientos (Turk, Rudy y Boucek, 1986).

1.1.1. Definiciones basadas en el dualismo cartesiano

De entre las definiciones existentes destaca, por su influencia, aquella que considera al dolor como un fenómeno puramente físico, un acontecimiento de naturaleza sensorial-fisiológica. Se trata de un planteamiento basado en las propuestas de René Descartes (1596-1650), quien consideraba al dolor como una experiencia sensorial.

Este modelo, a menudo tomado más como un hecho real que como una teoría propiamente dicha (Melzack y Wall, 1982), está fuertemente enraizado en nuestro contexto cultural. De hecho, sobre la base del *dualismo cartesiano* se han formulado distintas teorías que asocian dolor con daño corporal, y que plantean una suerte de correlación perfecta entre la magnitud del daño y la cantidad de dolor que se experimenta. Las propuestas de Descartes fueron elaboradas por distintos investigadores quienes se dedicaron, entre otras cosas, a buscar las vías específicas para la transmisión del dolor. Entre ellos destacaron Max von Frey y Johannes Müller.

A finales del siglo XIX, von Frey publicó una serie de trabajos en los que planteaba una teoría de las sensaciones (Melzack y Wall, 1965). Aquellas ideas acabaron por configurarse en lo que hoy conocemos como *teoría de la especificidad*. La *ley de la energía específica de los sentidos* de Johannes Müller (1801-1858), aportó la base para el planteamiento de von Frey. Como apunta Dallenbach (1939), Müller reconoció los cinco sentidos clásicos enunciados por Aristóteles. Para cada uno de estos cinco sentidos supuso la existencia de un nervio sensorial propio, en el que tenía lugar un tipo específico de actividad. Descartes ya apuntaba la existencia de unas vías de dolor que conectaban distintas zonas del cuerpo con el cerebro:

[...] cuando siento dolor en el pie, la física me enseña que ese sentimiento se comunica por medio de los nervios repartidos por el pie, los cuales son como unas cuerdas tirantes que van desde los pies hasta el cerebro. [...] Advierto también que, puesto que cada uno de los movimientos habidos en la parte del cerebro, de la cual recibe el espíritu una impresión inmediata, no hace sentir al espíritu sino *un solo sentimiento*, lo mejor que puede imaginarse y desearse es que ese movimiento haga sentir al espíritu, de entre todos los sentimientos que pueda causar, el más propio y ordenadamente útil para la conservación del cuerpo humano sano. [...] un mismo movimiento del cerebro no puede producir en el espíritu sino un mismo sentimiento, y como ese sentimiento lo excitan con más frecuencia las causas que hieren el pie, que otras causas en otras partes, resulta muy razonable que ese movimiento *lleve siempre al espíritu del dolor del pie y no el de otra parte cualquiera* (Descartes, 1664/1976; 179-181, el énfasis es añadido).



Figura 1. Grabado en el que se describe la vía para la transmisión del dolor según Descartes (1664)

La actividad específica de los nervios sensoriales era la que, en último término, confería e imponía la cualidad sensorial detectada a nivel central. En el sentido del tacto estaban incorporadas todas las cualidades sensoriales derivadas de la estimulación corporal, esto es, el placer, el frío, el calor y el picor. Müller consideraba que las sensaciones somestésicas eran una función de un sistema sensorial unitario (Melzack y Wall, 1962). Por su parte, von Frey planteó la existencia de receptores específicos para cada una de las sensaciones, siguiendo la tendencia del momento, tanto en el campo de la Fisiología como de la Psicología, donde se había identificado tal especificidad para otras sensaciones (Schneider y Karoly, 1983).

Müller no estaba muy seguro de si la cualidad sensorial experimentada era debida a alguna energía específica, inherente a los propios nervios sensoriales, o si resultaba de alguna propiedad especial de las áreas cerebrales en las que terminaban los nervios. Por una parte, creía que el cerebro diferenciaba las sensaciones en función de las propiedades específicas de la fibra nerviosa que era estimulada (Kenshalo, 1971), aunque, por otra, observó que los diferentes nervios sensoriales terminaban en puntos distintos del cerebro,

por lo que también consideraba que dichas localizaciones podrían afectar a la cualidad sensorial. Fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se llegó a la conclusión de que los impulsos nerviosos son esencialmente iguales en todos los nervios sensoriales y que la cualidad de la sensación viene determinada por la terminación de los nervios en el cerebro.

Esta teoría, en la que un centro cerebral es el responsable de la percepción de las sensaciones comunicadas por un órgano sensorial a través de una “línea directa”, no es más que una extensión del paralelismo psicofísico propuesto por Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716). Donde, en el fondo de la vinculación entre cuerpo (órgano sensorial) y alma (cerebro) se escondería un matemático paralelismo, un perfecto ajuste temporal entre la aparición de un fenómeno anímico y la aparición de su correlativo proceso somático (Gómez-Bosque, 1977).

El paralelismo psicofísico que se desprende de estas formulaciones contribuyó al convencimiento de que la cantidad de dolor experimentado resulta directamente proporcional a la magnitud de la lesión física que lo produce. Von Frey consideraba al dolor como una sensación que variaba en función de la cualidad e intensidad del estímulo sensorial. Mientras que los estados afectivos y emocionales resultaban meras reacciones al dolor (Melzack, 1973).

Como se han encargado de señalar distintos autores, y recogen Melzack y Wall (1965, 1982), el *supuesto fisiológico*, esto es, la especialización de los receptores es incuestionable. No sucede lo mismo con el *supuesto anatómico*, por el que se asumiría la existencia de un receptor específico bajo cada punto sensorial. (ver Noordenbos, 1987 para una discusión sobre el tema). Aunque el aspecto más controvertido y cuestionable de la teoría de von Frey (Melzack y Wall, 1962) es el *supuesto psicológico*, es decir, creer en la existencia de una correlación perfecta entre las dimensiones físicas de la estimulación y las dimensiones psicológicas de la sensación. Efectivamente, a tenor de las evidencias clínicas y experimentales disponibles no parece que se pueda argumentar que la experiencia psicológica o emocional de cualquier sensación somestésica, incluyendo el dolor, resulte de una única característica del estímulo, mucho menos considerar que la transformación de la información tiene lugar en el receptor y que esta se transmite sin alteración alguna a un centro cerebral específico donde se decodifica.

Más allá de los problemas y las lagunas incuestionables de la teoría, ésta ha conseguido sobrevivir y perdurar en el tiempo, según Wall (1986), esto sería por su simplicidad y porque, a pesar de los errores e inconvenientes que presenta, cumple con los requerimientos del dualismo, tan arraigado en los círculos de la medicina occidental.

Como reacción al postulado psicológico de la teoría de la especificidad, esto es, el paralelismo psicofísico, surgen una serie de propuestas alternativas que pueden ser agrupadas bajo el epígrafe de *teorías del patrón* (Melzack y Wall, 1965, 1982). A grandes rasgos, estas teorías sostienen que el dolor es producto de la intensidad de la estimulación sensorial así como de la sumación estimular. El teórico más importante de este planteamiento es Goldscheider, quien en 1894 fue el primero en proponer que la intensidad del estímulo y la sumación central de los impulsos periféricos son los

determinantes del dolor (Weisenberg, 1977).

Goldscheider mantiene que los patrones que producen dolor resultan de la sumación de los *inputs* sensoriales, que tendrían lugar, probablemente, en las astas dorsales de la médula espinal. Propone que todas las terminaciones nerviosas son similares y que la percepción del dolor resulta de una estimulación intensa de receptores inespecíficos. Así, pues, el dolor aparecerá cuando el *output* del asta dorsal supere un cierto nivel, bien por una estimulación excesiva de receptores térmicos o táctiles, o cuando una condición patológica incremente la sumación de impulsos producidos por estímulos que en otra circunstancia podrían pasar totalmente desapercibidos.

Investigar los factores fisiológicos y neuroanatómicos responsables de la transmisión y recepción de los impulsos nerviosos, practicar bloqueos de las vías responsables, realizar intervenciones quirúrgicas y administrar potentes analgésicos, para neutralizar las supuestas causas del dolor, son las consecuencias lógicas de estos planteamientos por los que se considera al dolor una dolencia física que se experimenta en la esfera corporal. En verdad, se ha avanzado enormemente en el conocimiento de los mecanismos neurofisiológicos implicados, sin embargo, y muy a nuestro pesar, a menudo los especialistas se muestran incapaces de identificar, explicar y tratar adecuadamente, la supuesta causa (orgánica) del dolor. En efecto, la visión que sustentan tanto las teorías de la especificidad como las del patrón, por la que se equipara al dolor con una experiencia puramente física, sensorial, no ha conseguido explicar adecuadamente su naturaleza. Por ejemplo, casos como el dolor del miembro fantasma o las lesiones sin dolor no reciben explicación satisfactoria desde estas perspectivas. Mientras que, en otros casos, aunque la fuente está identificada, el tratamiento no resulta efectivo. Justo es reconocer, sin embargo, que las intervenciones practicadas han producido resultados positivos, básicamente en pacientes con dolor agudo. No obstante, también es verdad que hay frecuentes recaídas, y que pacientes que inicialmente muestran señales claras de mejoría vuelven a sentir el mismo dolor pasado algún tiempo. Incluso individuos con problemas de dolor aparentemente idénticos, muestran respuestas muy diferentes a los mismos tratamientos.

En el dolor crónico, en cambio, los resultados son distintos, y los éxitos se tornan en fracasos. Por ejemplo, existen estimaciones que indican que menos del 50% de los pacientes con dolor crónico consiguen una reducción adecuada en el dolor, a través de tratamientos puramente físicos (ver Toomey, Ghia, Mao y Gregg, 1977). Peor aún, en distintas ocasiones, estos tratamientos físicos han producido problemas, graves incluso (véanse Kouyanou et al., 1997 y Sharp, 2001 para sendos análisis de las complicaciones por yatrogenia). Actualmente se sabe que la experiencia de dolor no se puede explicar de una forma tan simple como desde la teoría de la especificidad se plantea. El modelo de la compuerta de Melzack y colaboradores, aparece, precisamente, por el fracaso de las teorías, llamadas fisiológicas para explicar y resolver adecuadamente los problemas detectados en la clínica.

1.1.2. El modelo de la compuerta

En el año 1965, Ronald Melzack y Patrick Wall (1925-2001), psicólogo y fisiólogo respectivamente, publicaron en *Science* una nueva teoría acerca de los mecanismos del dolor: *gate control theory*, sobre la base de las teorías de la especificidad y del patrón, entre otras. Estos autores ponen especial énfasis en mostrar la importancia que tanto el sistema periférico como el central tienen en la percepción del dolor. Melzack y colaboradores (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968) sugieren que la experiencia de dolor es el resultado de la interacción de factores cognitivo-evaluativos y motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos. A diferencia de los teóricos anteriores, Melzack y Wall consideran que la percepción del dolor está modulada, y sujeta a variaciones, en distintos momentos y por el efecto de múltiples factores; una misma estimulación nociceptiva podría ser experimentada de forma muy distinta en una situación u otra, aún por la misma persona. Brevemente, Melzack y Wall propusieron la existencia de unos complejos mecanismos neurofisiológicos encargados de modular la transmisión de los impulsos nerviosos aferentes. Estas estructuras actuarían como una compuerta (*gate*) que se abriría o cerraría, permitiendo el paso o no de los impulsos que podrían ser interpretados como dolor. El mecanismo modulador de los impulsos estaría ubicado en la Sustancia Gelatinosa. Tal como describen en sus trabajos, la modulación de los impulsos sensoriales depende de la actividad en las fibras A-beta (fibras gruesas) y las fibras A-delta y C (fibras finas) que penetran en la médula espinal. La actividad en las fibras gruesas cierra la compuerta, evitando la transmisión sináptica de las llamadas células T (neurotransmisores), mientras que la actividad en las fibras finas abre la compuerta y facilita la transmisión sináptica, alcanzado un cierto nivel crítico. Aunque la modulación de los impulsos nerviosos también está influida por los impulsos descendentes. Así, pues, la teoría de la compuerta apunta que la experiencia de dolor no sólo tiene componentes fisiológicos sino, también, emocionales y cognitivos. De manera que, por ejemplo, la ansiedad, o incluso el prestar atención a la estimulación, puede afectar a la experiencia de dolor, haciéndola más intensa, al facilitar la apertura de la compuerta. En cambio, procesos tales como la distracción o la relajación, al cerrar la compuerta, permitirían disminuir la intensidad de la experiencia.

La *teoría de la compuerta* fue ampliamente discutida por su radical distanciamiento respecto de los modelos existentes. Algunas de sus propuestas, de hecho, se mostraron incorrectas. Así, y como consecuencia de ciertos descubrimientos en el campo de la fisiología, años más tarde, estos autores reformularon su modelo (ver Melzack y Wall, 1982). Aunque sus detractores (ver por ejemplo las críticas de Algom, Raphaeli y Cohen-Raz, 1986) decían, no sin razón, que algunos mecanismos hipotetizados no estaban comprobados, lo realmente importante de esta teoría es lo que prevaleció a pesar de las críticas: la noción de un mecanismo de control y la naturaleza multidimensional del dolor. Melzack y Wall (1982) ya manifestaban estar de acuerdo en que “la teoría de la compuerta no supone la verdad última sobre el dolor”, y observaban que “si bien existen algunos a los que les gustaría suprimirla, éstos no han aportado una alternativa razonable, sino que más bien pretenden volver al confort que supone la ortodoxia del modelo de la especificidad” (p. 235-236). No está de más recordar que el interés suscitado por las

ideas de Melzack y Wall fue enorme. Garfield (1980) informa, por ejemplo, que de los más de dos millones de trabajos aparecidos en el ámbito de la investigación médica básica durante la década de los años 60, el de Melzack y Wall (1965) se encuentra entre los 100 más citados. Según la revisión de Garfield, el trabajo de Melzack y Wall ocuparía el octavo lugar en el *ranking* de los trabajos más invocados de las neuro-ciencias.

La formulación teórica de Melzack y colaboradores, a pesar de los cambios, ha demostrado ser una fórmula aceptable para explicar muchos de los distintos problemas encontrados en la clínica. En todo este tiempo ha resultado una excelente fuente de inspiración para varias generaciones de investigadores y clínicos, propiciando, como ninguna otra, cambios importantísimos en los procedimientos de evaluación e intervención.

En estos últimos años y partiendo de la base de esta teoría, Melzack (1990, 1991, 1999) ha postulado el concepto de *neuromatriz* para explicar la experiencia de dolor. La neuromatriz es una red neuronal que se extiende por amplias áreas cerebrales, sería el substrato anatómico del yo. En un intento por integrar las dimensiones de la experiencia de dolor, propone que ésta resulta de patrones de impulsos neuronales generados en el cerebro por la neuromatriz. Melzack considera que la neuromatriz está determinada genéticamente, aunque también señala que “la experiencia la puede modificar” (Melzack, 1999; p. 89). Ubicada entre el tálamo, el córtex y el sistema límbico, esta estructura permite el procesamiento en paralelo de los aspectos sensoriales, afectivos y evaluativos del dolor. Hasta la fecha, la teoría de la neuromatriz no ha recibido mucha atención, las referencias en la literatura especializada son aun escasas. En los próximos años, el contraste de las implicaciones terapéuticas de la teoría dará la medida de su potencial.

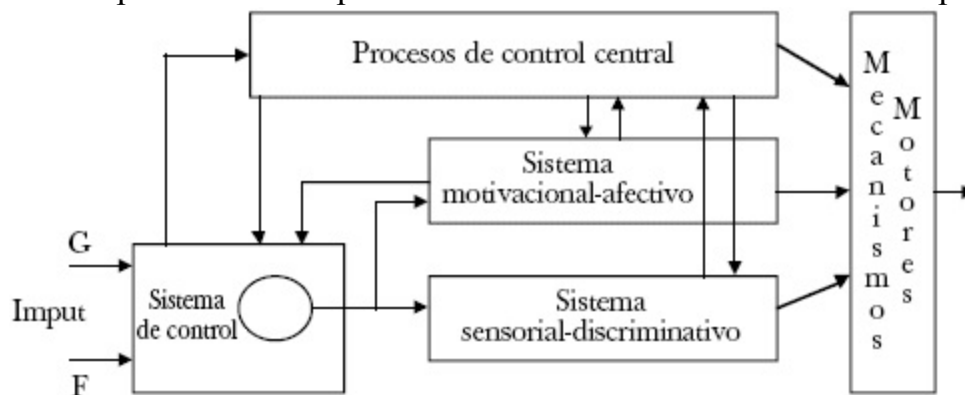


Figura 2. Representación del modelo conceptual de la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1982), incluye las dimensiones sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa tal como fueron enunciadas por Melzack y Casey (1968). Los tres sistemas interactúan para proporcionar información relacionada con la localización, magnitud y propiedades espacio-temporales del estímulo nociceptivo. Estas tres formas de actividad pueden influir en el sistema motor, responsable de los complejos patrones de respuesta característicos de los pacientes de dolor.

1.1.3. La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

En este proceso de elaboración de una definición del dolor resulta fundamental la constitución de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP,

International Association for the Study of Pain). En parte, del interés por unificar criterios para avanzar en la comprensión y tratamiento del dolor nace la IASP, en 1973. Uno de sus primeros objetivos fue la formación de un comité para la nomenclatura y la taxonomía del dolor, el resultado de cuyos esfuerzos fue la definición del mismo. La necesidad de una taxonomía fue expresada por John J. Bonica (1917-1994), su primer presidente y fundador, quien observó que:

“el desarrollo y la adopción de definiciones universalmente aceptadas así como una clasificación de los síndromes de dolor se encuentra entre los objetivos y responsabilidades más importantes de la IASP (...) Aun cuando la clasificación y las definiciones adoptadas no sean perfectas, siempre serán mejores que las *condiciones de Torre de Babel* en las que nos encontramos actualmente” (Bonica, 1979, p. 2; la cursiva ya está en el original).

Así, en 1979, el Subcomité de Taxonomía definió el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (IASP, 1979). Una definición que ya había sido elaborada anteriormente, en estos mismo términos, por Harold Merskey y colaboradores (ver, por ejemplo, Merskey y Spear, 1967; Merskey, 1978).

En esencia, la definición superaba a las anteriores porque consideraba que en la experiencia de dolor hay componentes sensoriales y emocionales. Y además, aunque se le hacía depender de lesiones somáticas, el dolor era definido independientemente de los estímulos. Si bien fue ampliamente aceptada, no estuvo exenta de críticas. Melzack y Wall (1982), por ejemplo, aunque destacan tanto la importancia de reconocer la relación imperfecta entre lesión y dolor como el hecho de incluir la dimensión emocional en la experiencia de dolor, subrayan el problema que significa utilizar la palabra *desagradable*. Para Melzack y Wall (1982), el dolor es ciertamente desagradable, pero es mucho más que eso. En palabras suyas: “las cualidades de lo desagradable son complejas y comprenden múltiples dimensiones que aún están por determinar” (Melzack y Wall, 1982, p. 70).

A pesar de las críticas que suscitó la definición de la IASP, ésta ha sido recuperada en las sucesivas ediciones de los trabajos del Subcomité de Taxonomía. Así aparece en la edición de 1986 y 1994, en la clasificación de los síndromes de dolor crónico, en la lista de definiciones y notas al uso (*A current list with definitions and notes on usage*; IASP, 1986). En esta última edición (ver IASP, 1994), el grupo de trabajo para la elaboración de la taxonomía, bajo la dirección de los Drs. Merskey y Bogduk, añadió la nota siguiente:

“El dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de las experiencias relacionadas con la lesión en épocas tempranas de la vida. Los biólogos consideran que aquellos estímulos que causan dolor son [también los] responsables del daño en los tejidos. Asimismo, el dolor es aquella experiencia que asociamos a un daño, actual o potencial, en los tejidos. Sin duda, [el dolor comprende alguna] sensación en alguna parte o partes del cuerpo, pero siempre es desagradable y, por tanto, también se trata de una experiencia emocional. No deberíamos llamar dolor a aquellas experiencias semejantes al dolor pero que no sean desagradables, por ejemplo, un pinchazo. Ciertas experiencias desagradables también pudieran ser dolor aunque no necesariamente, porque, subjetivamente, pueden no albergar las características sensoriales

habituales del dolor” (IASP, 1994, p. 210).

Si bien es cierto, como decíamos, que esta definición deja que desear, no es menos cierto que en ella pueden observarse importantes avances en la conceptualización del dolor (Chapman, 1986). En este sentido, cabe destacar como especialmente significativos los siguientes: (1) considera el dolor como algo subjetivo, (2) invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial y lo presenta como una experiencia compleja, y (3) otorga gran importancia a la conducta del sujeto. El modelo implícito en la definición de la IASP se ha convertido en el marco de referencia para una mayoría de investigadores y clínicos.

1.1.4. Algunas aportaciones de la Psicología a la definición y moderna conceptualización del dolor

En la definición del concepto de dolor, el cambio revolucionario del que hablábamos en páginas precedentes, se desarrolla en torno a cuatro acontecimientos, con psicólogos relacionados en todos ellos. Uno, que ya hemos comentado y que es fruto del trabajo de Melzack y colaboradores: la formulación de la teoría de la compuerta. Otro, el trabajo sobre el control voluntario del sistema nervioso autónomo, demostrando que los factores psicológicos pueden influir en la actividad fisiológica implicada en la génesis de los problemas de dolor, ver, por ejemplo, los trabajos de Blanchard y colaboradores (Blanchard, Andrasik, Ahles, Tenders y O’Keefe, 1980; Blanchard, Andrasik, Neff, Arena, Ahles, Jurish, Pallmeyer, Saunders, Teders, Barron y Rodichok, 1982) y Miller (1975, 1976). Un tercer acontecimiento significativo, y muy relevante, está relacionado con el trabajo de Wilbert E. Fordyce y colaboradores. Tanto, que una nueva era en el estudio del dolor emerge en relación con sus investigaciones sobre el papel de los procesos de condicionamiento operante en la experiencia de dolor (ver Fordyce, Fowler y DeLateur, 1968; Fordyce, Fowler, Lehmann y DeLateur, 1968). El modelo desarrollado por Fordyce, descrito detalladamente en su ya clásica obra: *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness* (Fordyce, 1976), distingue entre la experiencia privada, esto es, la percepción del dolor, y las conductas que emite el sujeto en respuesta a este acontecimiento. Las manifestaciones externas son una forma de comunicación que está sometida a los mismos principios que gobiernan cualquier otro tipo de comportamiento y, por tanto, susceptibles de ser modificadas, moduladas, extinguidas o reforzadas, por las contingencias ambientales. Así, Fordyce y colaboradores aportan un modelo que permite explicar los efectos de los factores ambientales en el dolor y justificar la presencia del dolor y sufrimiento crónicos, aun en ausencia de factores físicos, orgánicos.

En cierta medida, la perspectiva operante de Fordyce está recogida, aunque de forma muy resumida, en su añadido a la definición de Harold Merskey. En 1978, Fordyce amplía la definición de Merskey y Spear (1967), y define el dolor como: “una experiencia desagradable que asociamos, en primer lugar con una lesión tisular o que describimos en función de tal lesión o de ambos, ***y la presencia de la cual se nos muestra por alguna***

forma de conducta visible o audible” (Fordyce, 1978, p. 54; el subrayado está en el original).

El interés de Fordyce no está en la causa inicial del dolor, sino en el informe que de él hace el sujeto. En efecto, su interés son las conductas de dolor, esto es, las manifestaciones externas de esa experiencia subjetiva interna de dolor y sufrimiento, las conductas de dolor, el papel que ejercen en tanto que vehículo de comunicación y en las respuestas que estas comunicaciones generan en los demás.

El modelo postula que el dolor, normalmente aunque no invariablemente, aparece como consecuencia de alguna lesión hística. Estaríamos ante un caso de dolor agudo en el que las conductas de dolor responderían a la causa fisiológica, al daño hístico de base, y así hablaríamos de *dolor respondiente*. En algunos casos, las conductas de dolor se pueden perpetuar más allá de la desaparición del estímulo antecedente fisiológico. Efectivamente, las manifestaciones de dolor que siguen al daño o la lesión, tales como lamentarse, frotar la zona herida o cojear, pueden quedar bajo el control de las contingencias de refuerzo y continuar presentes más tiempo del que sería esperable a tenor de la magnitud del daño. Así es, los principios del condicionamiento operante permiten anticipar que si a una conducta de dolor le siguen consecuencias positivas, ésta es más probable que aparezca en el futuro. En cambio, esta conducta dejará de emitirse si de ella se derivan consecuencias negativas. Es decir, las contingencias de refuerzo, tanto positivas como negativas, el castigo o el no refuerzo de conductas funcionales, pueden ejercer, en algunos casos, una poderosa influencia en la transición del dolor agudo al dolor crónico.

El cuarto acontecimiento que anticipábamos tiene que ver con las aportaciones de cariz cognitivo y la integración que se plantea dentro de la formulación de Turk y colaboradores (ver Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Estos autores consideran al dolor como una experiencia compleja, resultado de la interacción entre factores afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales. Su definición integra el énfasis en las contingencias de refuerzo del condicionamiento operante, con la visión respondiente del miedo y evitación anticipatorios, en un marco de la perspectiva del procesamiento de la información. Destaca el papel de las creencias individuales y de los significados que cada uno atribuye a la experiencia de dolor, y se fundamenta en la idea del determinismo recíproco. Así, pues, y desde esta perspectiva, la percepción del dolor no es el resultado final de una transmisión (pasiva) de impulsos, sino que se trata de una experiencia compleja determinada, entre otros factores, por la historia pasada del individuo (Melzack y Dennis, 1978), por el significado que tiene la estimulación para el sujeto (Fordyce, 1976) y de la situación en la que se encuentra (Beecher, 1959), de las diferencias sociales y culturales (Craig, 1983) así como también de la actividad cognitiva del momento (Ciccone y Grzesiak, 1984).

Actualmente, la controversia entre la definición del dolor como sensación y dolor como experiencia perceptiva multideterminada ha perdido fuerza entre los especialistas. La cantidad de pruebas en favor de esta última postura resulta abrumadora y, parece que, en efecto, el fiel de la balanza se ha decantado del lado de la conceptualización del dolor

como un proceso perceptivo complejo, multideterminado y multidimensional. Entendemos que este avance es considerable, revolucionario decíamos en páginas precedentes. No es menos cierto, sin embargo, que esta forma de entender el dolor convive, todavía, con definiciones que se han mostrado insatisfactorias. No son pocos los que siguen considerando al dolor como un fenómeno estrictamente somático, físico, y esto es así, tanto a nivel popular como incluso entre especialistas, profesionales médicos. Así, por ejemplo, todavía se distingue entre dolor psicógeno y dolor orgánico, como si en realidad fueran dos entidades distintas e independientes, como si en realidad el dolor, cualquier dolor, no fuera, en esencia, psicológico.

En estos momentos, está ampliamente aceptada la interrelación de los factores sensoriales o físicos con los factores emocionales, cognitivos y sociales. Sin embargo, ninguna definición, modelo o teoría, permite explicar adecuadamente el funcionamiento o los mecanismos que facilitan la relación entre todos estos factores. Este es, sin duda, uno de los mayores retos que tiene planteado el estudio del dolor y, en ello, coincidimos con las consideraciones de Novy, Nelson, Francis y Turk (1995).

Una posible solución al reto que plantea la comprensión de este puzzle, por utilizar las palabras de Melzack (1973), es disponer de una serie de teorías, complementarias, que permitan explicar el funcionamiento de cada uno de los componentes de la experiencia de dolor. Aunque desde la Psicología se han dado pasos para conseguir una teoría de dolor única (ver Rachlin, 1985; Staats, 1996), se trata de una empresa muy complicada, de difícil solución, acaso innecesaria. Nuestra posición, que no es única –ver, por ejemplo, los trabajos de Fordyce (1995), Jensen (1996) o Turk (1996)–, es la de continuar explorando la utilidad de las distintas teorías que existen y valorar su adecuación para explicar el funcionamiento de los múltiples componentes del dolor. Pensamos que la definición de la IASP aporta el marco general de referencia que servirá de base a estas investigaciones. Todavía queda mucho por hacer para comprender la relación entre fisiología y emoción, así como entre éstas y las variables cognitivas y conductuales, y lo mismo sucede con las variables culturales relacionadas con la experiencia y expresión de dolor. Recientemente, Melzack (1999) ha propuesto algunas explicaciones de la interrelación entre las vertientes psicológica y fisiológica. Considera que las dimensiones sensorial, cognitiva, afectiva y conductual configuran un sistema global integrado de dolor crónico, y aporta una serie de predicciones específicas sobre la relación entre dimensiones. Las explicaciones de Melzack, lógicamente, han de ser contrastadas empíricamente.

1.2. La experiencia de dolor y sus componentes

El dolor es una experiencia compleja, el resultado de la interacción de múltiples factores. Con demasiada frecuencia, la definición de los distintos niveles y unidades que intervienen no ha sido clara y es, justamente, esta falta de precisión la que provoca una gran confusión terminológica, e impide alcanzar una definición válida para todos. Definir con exactitud los distintos componentes de la experiencia de dolor es fundamental para comprender su naturaleza. En última instancia, el avance en la investigación de tratamientos más eficaces y eficientes depende de ello.

En el debate conceptual, un primer paso, e importante, es distinguir con exactitud los términos “nocicepción” y “dolor”. En este sentido, el avance registrado en los últimos años es considerable aunque resulta insuficiente. En la experiencia de dolor debemos distinguir otros componentes además de aquéllos, específicamente: nocicepción, dolor, sufrimiento, conductas de dolor y discapacidad.

El término *nocicepción* debe identificar un *proceso sensorial* que implica tanto la activación de los receptores, como la transmisión de la información desde la periferia hasta el sistema nervioso central, y el control que se ejerce sobre la transmisión de los impulsos en las vías de dolor. La expresión “*nocicepción*” no puede ser nunca utilizada como sinónimo de dolor. La nocicepción es un fenómeno fisiológico, una experiencia meramente sensorial. El *dolor*, en cambio, implica un *proceso perceptivo*, una actividad de mayor complejidad en la que intervienen los centros nerviosos superiores. En algunos casos, algún tipo de estimulación nociceptiva puede ser necesaria para que exista dolor, sin embargo, ésta no es nunca suficiente. Por sí sola, no puede explicar los casos de dolor que se observan en la clínica. Por ejemplo, mientras para algunos el pinchazo de una aguja puede significar dolor, para otros no. Henry K. Beecher, al que muchos consideran el padre de la anestesiología moderna, describió estos hechos a partir de sus experiencias como anestesista durante la II Guerra Mundial. Efectivamente, Beecher (1959) quedó intrigado por el comportamiento de los soldados heridos en batalla a los que atendía. Aquellos hombres, con heridas muy graves, no se comportaban como era esperable, a tenor de la magnitud de sus heridas. Concretamente, Beecher constató que los soldados se quejaban muy poco, y que las demandas de analgésicos eran en exceso menores a las que él habría esperado, dada su experiencia en el tratamiento de pacientes en hospitales civiles con heridas de gravedad semejante. También observó que la mayoría de los soldados o bien negaban sentir dolor o manifestaban sentir un dolor tan suave que no querían medicación para contrarrestarlo. Tras la Guerra, en una de sus múltiples experiencias, Beecher preguntó a un grupo de pacientes con heridas quirúrgicas similares a las de aquellos soldados, si querían morfina para aliviar su dolor. En este caso, cuatro de cada cinco pacientes manifestaron sentir un dolor tan severo que requería tratamiento con morfina, una proporción mucho mayor que en el grupo de soldados, en cuyo caso sólo uno de cada tres informaba de un dolor de tal intensidad. De sus investigaciones, Beecher (1959) concluía:

La creencia habitual de que las heridas están asociadas inevitablemente al dolor, y de

que como mayor sea la herida peor será el dolor, no parece sostenerse a tenor de las observaciones realizadas en la zona de combate [...] *No existe una relación simple ni directa entre la herida per se y el dolor experimentado*. En gran medida, el dolor está determinado por otros factores, y aquí resulta de una gran importancia el significado de la herida [...] La respuesta del soldado herido era la de alivio, de estar agradecido por escapar vivo del campo de batalla, incluso de euforia; [en cambio] para los [pacientes] civiles, la intervención quirúrgica era deprimente, un acontecimiento desastroso (Beecher, 1959; p. 165; el énfasis es añadido).

En general, el dolor aparece como consecuencia de una estimulación nociva, por una lesión o una herida. Sin embargo, el dolor puede acontecer sin que se de nocicepción, y esta posibilidad, no siempre es reconocida por médicos y/o pacientes (Loeser y Melzack, 1999).

La experiencia de dolor provoca *sufrimiento*. Un sufrimiento con significados e implicaciones internas y externas, tanto individuales como colectivas. Por una parte está la experiencia subjetiva e individual del sufrimiento y, por otra, la experiencia externa y de comunicación de ese estado. En algunos casos de dolor, sobre todo de dolor crónico, ambos aspectos, esto es, la experiencia interna e individual del sufrimiento y las conductas de dolor, expresión de ese estado interno, son inseparables. Bonica (1990) definió el sufrimiento como “un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona” (p. 14). Los pacientes con dolor corren un riesgo muy cierto de *sufrir*, simplemente porque su integridad tanto física, como emocional, cognitiva, social, incluso laboral, está en peligro. Como apuntan Chapman y Gavrin (1999): “algunos pacientes que experimentan dolor [...] sufren porque el dolor cambia quienes son” (p. 2233). No siempre el dolor causa sufrimiento y tampoco todo sufrimiento es consecuencia del dolor, pero en nuestra cultura medicalizada, según Loeser y Melzack (1999), describimos el sufrimiento utilizando el lenguaje del dolor.

Las **conductas de dolor** son expresiones, formas de comunicar el dolor y el sufrimiento. En un primer momento, estas conductas reflejan la tendencia a evitar la experiencia aversiva, son conductas que intentan proteger al organismo de un posible empeoramiento de la situación, esto es, de sufrir más. Las conductas de dolor pueden ser tan simples o automáticas como quejarse, frotar la zona herida o sujetar el miembro dañado. Pero también pueden ser ciertamente complejas, e implicar un considerable esfuerzo personal, por ejemplo, buscar un especialista de salud que resuelva el problema o tomar determinados fármacos en momentos específicos y en la forma en que se prescriben.

Una vez que el dolor desaparece, parece lógico pensar que las conductas de dolor también lo hagan. Sin embargo, no siempre es así. En algunos casos, las conductas de dolor se perpetúan en el tiempo. Por ejemplo, si una conducta de dolor, como es la de proteger la zona dañada, resulta en atención y cuidados por parte de familiares, amigos y/o especialistas de salud, es posible que el paciente siga mostrando esa conducta, incluso cuando la lesión a la que estaba asociada ha sanado, si con ello consigue mantener aquellas consecuencias positivas que recibe. Una vez adquirido el hábito, no es necesario

que el dolor persista para que la persona siga mostrando la o las conductas de dolor. La cronificación de las muestras de dolor del paciente contribuye, significativamente, a su deterioro y discapacidad, tanto a nivel físico como psíquico, así como a su sufrimiento.

La *discapacidad* surge del deterioro físico y psíquico al que están expuestos la mayoría de pacientes con problemas de dolor persistente, recurrente o crónico. Por ejemplo, la inactividad consecuencia de la evitación de situaciones y/o actividades potencialmente dolorosas conlleva la debilitación progresiva y el deterioro físico del paciente. La disminución de la actividad física provoca una pérdida de fortaleza y flexibilidad muscular. Así, no son el dolor o el sufrimiento, en sí mismos, quienes provocan la discapacidad, más bien se trata del deterioro físico producto de la inactividad del paciente.

La reducción en el número y tipo de actividades también provoca un cierto malestar psíquico. Efectivamente, dejar de hacer cosas que resultan placenteras puede facilitar la aparición de trastornos en el estado de ánimo. La depresión es el más frecuente, pero también se observan problemas de ansiedad y estrés, así como temor, incluso miedo, ante la posibilidad de nuevos episodios de dolor.

Según parece, la discapacidad, en un número significativo de casos, es el resultado no deseado de prácticas de tratamiento inadecuadas (i.e., yatrogenia). Deyo, Diehel y Rosenthal (1986), por ejemplo, señalan que el médico que prescribe más de dos días de descanso en el tratamiento del dolor de espalda puede estar contribuyendo, inadvertidamente, a peores resultados en cuanto a número de días de trabajo perdidos por el problema de dolor. También Lamier y Stockton (1986) observan una relación significativa entre discapacidad y prescripción de días de descanso (véase Turner, LeResche, Von Korff y Ehrlich, 1998 para una discusión relacionada de interés). Según Allan y Wadell (1989), la discapacidad asociada al dolor de espalda es un producto de nuestra sociedad industrializada. De acuerdo a la historia que trazan estos autores, la discapacidad estaría relacionada, por una parte, con la amplia utilización del descanso como tratamiento para los problemas de dolor de espalda. En efecto, guardar reposo en cama provoca discapacidad, pues aparta al paciente de sus actividades diarias normales, merma, además, la condición física del paciente. Por otra parte, la discapacidad también estaría relacionada con la necesidad de aportar cierto soporte económico para aquellos que eran incapaces de trabajar como consecuencia de un accidente laboral. La discapacidad, pues, mantiene una estrecha relación con factores medico-legales,

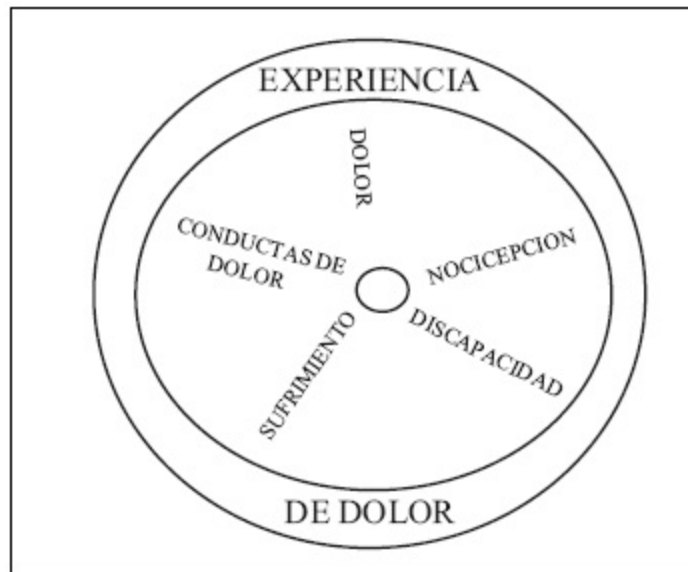


Figura 3. La experiencia del dolor y sus componentes

como es la legislación sobre compensaciones por incapacidad laboral. Así, a pesar de las mejores intenciones de la sociedad de proteger a los individuos que lo necesitan, las compensaciones por dolor de espalda ha sido uno de los facilitadores inesperados de la discapacidad (ver también Guest y Drummond, 1992; Mendelson, 1992). Sin duda, otros factores además de la compensación económica contribuyen a la respuesta de discapacidad del paciente. En efecto, dos individuos con el mismo nivel de patología física pueden responder de forma muy diferente, mientras uno muestra graves limitaciones en las actividades que realiza, otro puede estar muy poco limitado. Así como en el caso de los problemas físicos que están relacionados pero que no son isomórficos con el dolor, el nivel de discapacidad no está relacionado directamente con la patología física o la severidad del dolor. En cambio, se constata que las variables que sí están relacionadas tienen que ver con factores psicológicos, sociales, demográficos y laborales (Miró, 2002).

1.3. Algunas clasificaciones y tipos de dolor

1.3.1. Clasificación multidimensional de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

En un intento por estandarizar las clasificaciones de los síndromes de dolor y servir como punto de referencia, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP; véase Merskey, 1986, Merskey y Bugduk, 1994) propone una taxonomía a partir de cinco ejes: (1) región o zona corporal, (2) el sistema que supuestamente podría estar provocando el dolor debido a su mal funcionamiento, (3) características temporales del dolor y patrón de aparición, (4) valoración del paciente sobre la intensidad del dolor y tiempo transcurrido desde la aparición del dolor y (5) supuesta etiología. El sistema otorga un código de cinco dígitos, único para cada diagnóstico de dolor crónico. Por ejemplo, el código para el dolor del miembro fantasma es: 203.X7a. Pues: 200 = Región: miembros superiores y hombro; 00= Sistema: se atribuye el mal funcionamiento al sistema nervioso; 3= Características temporales: los síntomas están continuamente presentes; X= Valoración del paciente de la intensidad: varía en función de cada paciente; 07= Etiología: disfuncional.

Tabla 1. Esquema para codificar los síndromes de dolor crónico según los criterios de la IASP

<i>Eje I: Región o zona corporal</i>	
Cabeza, cara y boca	000
Región cervical	100
Miembros superiores y hombro	200
Región torácica	300
Región abdominal	400
Zona baja de la espalda, lumbar, sacra y coxis	500
Miembros inferiores	600
Región pélvica	700
Región anal y genital	800
Más de tres áreas mayores	900
<i>Eje II: Sistemas</i>	
Sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y sentidos especiales, trastorno o disfunción física	00
Sistema nervioso (psicológico y social)	10
Sistemas respiratorio y cardiovascular	20
Sistema muculoesquelético y tejido conectivo	30

Glándulas cutáneas y subcutáneas y glándulas asociadas	50
Sistema gastrointestinal	60
Sistema genital-urinario	70
Otros órganos o vísceras (p. ej., tiroides linfática,)	80
Más de un sistema	90
Desconocido	

***Eje III: Características temporales del dolor:
patrón de ocurrencia***

Sin registrar, no aplicable o desconocido	0
Episodio único, duración limitada (p. ej., torcedura de tobillo)	1
Continuo o casi continuo, sin cambios (p. ej., lumbalgia)	2
Continuo o casi continuo, severidad fluctuante (p. ej., rotura disco)	3
Recurrente de forma irregular (p. ej., cefalea mixta)	4
Recurrente regular (p. ej., dolor premenstrual)	5
Paroxísmico (p. ej., tic douloureux)	6
Sostenido con paroxismos sobreimpuestos	7
Otras combinaciones	8
Ninguna de las anteriores	9

***Eje IV: Valoración del paciente de la intensidad:
tiempo transcurrido desde la aparición del dolor***

Sin registrar, no aplicable o desconocido.	.0
Suave - un mes o menos.	.1
- de uno a seis meses.	.2
- más de seis meses.	.3
Medio - un mes o menos.	.4
- de uno a seis meses.	.5
- más de seis meses.	.6
Severo - un mes o menos.	.7
- de uno a seis meses.	.8
- más de seis meses.	.9

Eje V: Etiología

Trastornos genéticos o congénitos. (p. ej., dislocación congénita)	.00
Trauma, operación, quemaduras.	.01
Infección, parasito.	.02
Reacciones inmunes inflamatorias. (p. ej., agente infeccioso desconocido)	.03

(p. ej., agente infeccioso desconocido)	
Neoplasma.	.04
Tóxica, matabólica (p. ej., neuropatía alcohólica, anoxia, Vascular, nutricional, endocrina), radiación	.05
Degenerativa, mecánica (p. ej., cólico biliar).	.06
Disfuncional (incluyendo psicofiológica).	.07
(p. ej., migraña, síndrome del intestino irritable, cefalea)	
Deconocida u otras.	.08
Origen psicológico (p. ej., histeria de conversión, Alucinación depresiva)	.09

Tomado de Merskey y Bogduk (1994, pp. 3-4).

1.3.2. Clasificación del dolor según la etiología: acerca del dolor psicógeno

Una segunda clasificación que merece nuestro interés ahora es aquella que distingue entre el dolor que manifiesta un individuo que, a la vez, presenta alguna alteración orgánica subyacente a la que se atribuye la causa del problema, y el dolor del que informa alguien al que no es posible detectar ningún tipo de substrato o alteración física que permita justificar el cuadro de dolor. En el primer caso nos encontraríamos ante un *dolor orgánico*, mientras que el segundo se trataría de un *dolor psicógeno*. En este contexto se entiende que el dolor en ausencia de lesión, daño, o algún factor orgánico o mecanismo físico plausible asociado, es un producto de problemas psicológicos.

En demasiadas ocasiones, esta clasificación se ha utilizado para diferenciar entre un *dolor real*, éste sería el dolor orgánico, y un *dolor irreal*, inventado, producto de problemas psicológicos: el dolor psicógeno. El término de dolor psicógeno, y con él la clasificación que lo ampara, es fruto de una larga tradición de la medicina occidental en la que se atribuyen enfermedades a factores psicológicos, cuando los síntomas observados no encajan con el conocimiento disponible. El concepto de *dolor psicógeno* es un constructo-comodín, un cierto cajón de sastre, cuyo criterio de definición más importante no es ni tan siquiera psicológico, es más, se trata de un diagnóstico por exclusión.

La literatura sobre dolor psicógeno es muy abundante, y recoge diferentes conceptualizaciones, esto es, formas distintas de presentar y caracterizar el problema y a las personas que lo sufren. Así, encontramos alusiones a trastornos de personalidad, a problemas relacionados con conflictos internos o a depresiones enmascaradas.

Las aportaciones de George Engel han sido fundamentales para desarrollar el concepto de dolor psicógeno, entendido como el fruto de conflictos intrapsíquicos. Engel (1959) elaboró una teoría para explicar la presencia de dolor en ausencia de organicidad. Según ésta, todas las experiencias de dolor (orgánico) adquieren y albergan un significado, significado que deriva del contexto en que tuvieron lugar. Será precisamente ese significado el que puede desencadenar el dolor sin necesidad de estimulación periférica. Por ejemplo, el llanto de un niño por una experiencia dolorosa puede quedar asociado al bienestar que reportan los abrazos, las caricias, las palabras de calma, es decir, al confort que se deriva de las atenciones del padre o de la madre. En este ejemplo, el dolor se convierte, según Engel (1959), en el estímulo que permite la reunión con el objeto querido. Más adelante, y fruto de estas asociaciones, algunas personas pueden llegar a usar el dolor, inconscientemente, para resolver conflictos internos y restaurar el equilibrio psíquico. Esta dinámica es fundamental para el desarrollo de un trastorno que se caracteriza por predisponer al dolor. Efectivamente, Engel (1959) considera que estas personas pueden llegar a utilizar el dolor como una experiencia para regular su vida psíquica. Argumenta que el dolor sería como un precio que deberían pagar. A lo que parece, existirían algunos individuos que no se creen dignos de éxito y/o felicidad. En estos casos, el dolor sirve para atenuar los sentimientos de culpa y vergüenza que les

ocasionan los estados depresivos, además de proteger al individuo de una forma de depresión más intensa y aún del suicidio. El dolor serviría, pues, para regular su vida psíquica. Engel (1959) utiliza el término *pain prone patient* (paciente con predisposición a padecer dolor) para designar a estos sujetos (ver también Engel, 1983).

El dolor como una forma para resolver conflictos psíquicos ya aparecía en los trabajos de Sigmund Freud (1856-1939; ver, por ejemplo, Breuer y Freud, 1895). Esta idea es un clásico dentro de las formulaciones de la perspectiva psicodinámica, y ha sido expuesta por autores como Eisenbund (1937), Szasz (1957), y de forma más reciente por Stoudemire y Sandhu (1987). También desde un punto de vista dinámico, a la experiencia de dolor se la ha asociado con la gratificación o frustración de alguno de los instintos, principalmente el sexual, el agresivo y el de dependencia.

Pilowsky (1978) utiliza el término *abnormal illness behavior* para describir la conducta de aquellos pacientes que presentan síntomas de enfermedad en ausencia de patología física que pueda explicarlos, o que muestran una conducta exagerada a tenor de los hallazgos médicos. La propuesta de Pilowsky pretendía superar el conocido *illness behavior*, acuñado por Mechanic (1962), y que no era sino una extensión del *sick role* de Parsons (1958). Pilowsky también mantiene supuestos dualistas al hablar de signos físicos objetivos y síntomas subjetivos de la enfermedad. Como apuntan Flor, Turk y Rudy (1987), su propuesta no ha supuesto una gran contribución al estudio y comprensión de los estados de dolor. En realidad, no es acreedora de gran aceptación.

La idea de un trastorno psicológico de predisposición al dolor ha sido secundada por varios autores. Entre ellos destacan Blumer y Heilbronn (1981a, 1981b, 1982, 1984) quienes argumentan que el dolor crónico es una forma de depresión enmascarada, una variante del espectro de los trastornos depresivos. Blumer y Heilbronn (1982) recogen las ideas de Engel (1959) y describen un trastorno de dolor en ausencia de organicidad que asocian a una enfermedad de base psicobiológica perteneciente al espectro del trastorno depresivo. Proponen ubicar al dolor sin causa orgánica junto a los trastornos del ámbito afectivo (Blumer y Heilbronn, 1984), y no como recogía entonces el DSM-III (APA, 1983) junto a los somatoformes. Blumer y Heilbronn (1982) concluyen, al igual que hicieran con anterioridad otros autores (ver Forrest y Wolkind, 1974; Kielholz, 1973; López-Ibor, 1972), que esta forma de dolor no es sino una variante de un trastorno afectivo. Una somatización de aquellos sentimientos, de culpa, deterioro del yo ideal, etc., que atentan al paciente y que de no producirse esta "conversión" dejaría paso a problemas depresivos mucho más graves, e incluso, al suicidio.

Tabla 2. Características clínicas que delimitan el trastorno de predisposición al dolor según Blumer y Heilbronn (1982)

1. Presencia de quejas somáticas
 - a. Dolor continuo de origen desconocido
 - b. Preocupación hipocondríaca
 - c. Deseo de cirugía

2. Ciudadano formal y sólido (solid citizen)
 - a. Negación de conflictos
 - b. Idealización de sí y de las relaciones familiares
 - c. Ergomanía (pre-estado doloroso): actividad continua y en exceso (workaholism)
3. Sintomatología depresiva
 - a. Anergia (post-estado doloroso): falta de iniciativa, inactividad, fatiga
 - b. Anhedonia
 - c. Insomnio
 - d. Humor depresivo y desesperanza
4. Historia familiar (y personal)
 - a. Existencia de depresión y alcoholismo
 - b. Abuso del conyuge en el pasado (mala relación conyugal)
 - c. Pariente inválido o con dolor crónico

Este dolor sería una variante depresiva, de posible pertenencia al espectro definido por Winokur y colaboradores (Winokur, Behar y Valkenbur, 1978), sugiriendo no sólo un cierto parentesco con las depresiones unipolares, sino también al alcoholismo, y quizás a ciertas formas sociopáticas (Blumer y Heilbronn, 1982). Aunque la conceptualización del dolor crónico, sin base orgánica, como una variante depresiva fuera desarrollada “tras haber evaluado cerca de 2000 pacientes con dolor crónico durante más de 20 años” (Blumer y Heilbronn, 1984; p. 391), la aceptación de este supuesto ha decrecido enormemente, ha caído significativamente en desuso. Por ejemplo, Roy (1985) concluye, tras su revisión sobre la investigación realizada durante 25 años sobre el concepto de predisposición al dolor, que la evidencia disponible no apoya la formulación de Engel y colaboradores. De forma más reciente, Gamsa (1994) apunta que la literatura no apoya las explicaciones psicodinámicas sobre el dolor crónico, afirma que “no existe evidencia de que factores psicológicos permitan explicar un dolor que de otra forma no tendría explicación” (Gamsa, 1994; p. 8; ver, también, Eimer y Freeman, 1998).

En este sentido, también es ilustrativo el análisis de Polaino-Lorente (1988) quien apunta: “A mi juicio no puede contestarse afirmativamente del todo esta pregunta [“¿hay realmente equivalentes depresivos que fundamenten el diagnóstico de depresiones enmascaradas?”], al menos con la certeza que debiéramos tener. Entre otras cosas, porque las relaciones de causa a efecto siempre pueden probarse en la clínica, porque no sabemos si dichos equivalentes son realmente un modo de expresión de la enfermedad depresiva o, sencillamente, una expresión concomitante de aquélla; porque ignoramos si éstos se manifiestan esporádicamente o resultan de una necesaria y correlacional agrupación de aquéllos; y porque finalmente, desconocemos si cada uno de estos equivalentes puede explicarse mejor apelando a otras razones etiológicas de estirpe no depresiva”. Tras este razonamiento, el profesor Polaino-Lorente afirma que “no debe continuar empleándose el término de depresiones enmascaradas” (Polaino-Lorente,

1988; p. 46).

Es cierto, sin embargo, que las personas con problemas de dolor crónico también sufren depresión, aproximadamente un 50% de estos pacientes muestran niveles significativos de depresión (Miró y Raich, 1990b). A lo que parece, lo que realmente influye en la aparición del problema es la percepción de los pacientes sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas, por la disminución de la actividad y de los refuerzos conseguidos, y por la disminución percibida de su capacidad de autocontrol, del sentimiento de autoestima y de la habilidad para influir en los problemas. Turk, Okifuji y Scharff (1995), por ejemplo, aportan un buen número de datos que apoyan este supuesto. Parece que, en efecto, las variables cognitivas ejercen un papel mediacional importante, en el desarrollo de problemas depresivos en los pacientes con dolor crónico. Señalan, también, que el dolor impacta en la vida de los pacientes de forma diferente según la edad. Sus investigaciones indican que la relación entre dolor y depresión es mayor entre los pacientes de más edad (ver también los trabajos de Kerns y Haythornthwaite, 1988; Haythornthwaite, Sieber y Kerns, 1991; Rudy, Kerns y Turk, 1988). Distintos estudios epidemiológicos (p.ej., Magni, Rossi, Rigatti-Luchini y Merskey, 1992; von Korff, LeResche y Dworkin, 1993), en los que se analiza la relación entre dolor crónico y depresión parecen secundar este punto de vista. Desafortunadamente, los problemas metodológicos de los informes que se publican, algunos de considerable importancia (p.ej., falta de grupos control, falta de validez y/o fiabilidad de los instrumentos de evaluación utilizados), no permiten resolver adecuadamente la controversia de si la depresión es un antecedente o una consecuencia del dolor (Fishbain, Cutler, Rosomoff y Rosomoff, 1997; Miró y Raich, 1990b; Romano y Turner, 1985; Turk y Salovey, 1984; von Korff et al., 1993). Muy a menudo coexisten el dolor crónico y la depresión, no debería sorprender, pues, que un grupo significativo de pacientes experimenten mejoras al ser tratados con antidepresivos, sin que por ello debamos concluir que el dolor crónico es una depresión enmascarada.

Tras esta breve revisión del concepto de dolor psicógeno, debemos concluir que la categoría de dolor psicógeno, entendido éste, como un tipo de dolor producto de factores psicológicos es, más bien, de dudosa utilidad. Estamos ante un hecho que ejemplifica una práctica habitual en la Medicina occidental: cuando no se registran alteraciones físicas, tangibles, que justifiquen la presencia de una dolencia, entonces se recurre a la dimensión psicológica como medio explicativo. La formulación es sencilla, muy simple y efectiva: si la causa no está en la área corporal, entonces debe estar en la otra: la mental. Así, un dolor en ausencia de alteraciones físicas que lo “justifiquen”, es un dolor mental, psicológico. Una forma de conceptualizar el problema que aparece recogida en las distintas versiones del manual de la APA; en su última versión se apunta, específicamente, la categoría diagnóstica de “Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos” [307.80] (American Psychiatric Association, 1994). La décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades mentales (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) apunta la categoría de “Trastorno de dolor somatomorfo persistente”.

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico del “Trastorno por dolor” (DSM-IV; APA, 1994)

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especifica el tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos [307.80]: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica se codifican en el Eje II.

Especificar si:

Agudo: duración menor a 6 meses

Crónico: duración igual o superior a 6 meses

Tabla 4. Características del “Trastorno de dolor somatomorfo persistente” [F45.4] (CIE-10; OMS, 1992)

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que

el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIE-10.

Como afirma Fordyce (1978): “la esencia del problema radica en asumir la existencia de acontecimientos mentales y físicos [...] Simplemente, existen fenómenos que describimos utilizando un lenguaje físico o un lenguaje mental [...] *nos engañamos* al creer que porque imponemos conceptos tales como mental y físico a una abstracción como el dolor, que existe una secuencia causal entre estas variables” (Fordyce, 1978; p. 55, el énfasis es añadido). También Penzo (1986) considera que “se comete un error de lógica, consistente en pretender que entre los fenómenos considerados existe un continuo, en uno de cuyos extremos estarían los casos de perfecta justificación física y en el otro, los de perfecta justificación psicológica, sosteniendo que si la lesión no está en un extremo ha de estar en el otro” (p. 145).

Por nuestra parte, no creemos que sea lícito asignar causas psicológicas a problemas de dolor cuando no *aparecen* factores orgánicos que lo justifiquen, o que en el caso de que si se detecten, se consideren *insuficientes* para explicar las quejas y muestras de dolor del paciente. Sabemos, por ejemplo, que las variables psicológicas son factores importantes que modulan la percepción del dolor. Al menos en este sentido, todo dolor sería un dolor psicógeno, pues el dolor resulta de la influencia de factores psicológicos, entre otros, ciertamente. Por último, entendemos que afirmar, por ejemplo: “si la lesión no está en la articulación, está en la mente” es tan ilógico como agudamente refiere Penzo (1986), “hablar de neurotransmisores y pecado”. Ciertamente, comprendemos el interés y la oportunidad de delimitar aquellos problemas de dolor en los que la Medicina se siente competente, esto es, los cuadros de dolor agudo, fundamentalmente, y aquellos con patología orgánica subyacente. Sin embargo, el diagnóstico de dolor psicógeno no es aceptable, sobre todo si con éste se intenta etiquetar a algunos pacientes como sufridores de un problema imaginario. Entre otras cosas, esta conceptualización del problema de dolor es incompatible con los datos acumulados en las últimas cuatro décadas (véase Loeser, Butler, Chapman y Turk, 2001). Desafortunadamente, la Medicina occidental no ha mostrado mucho interés en analizar las interrelaciones entre la dimensión somática y la mental, mucho menos en contrastar sus efectos como factores precipitantes, de mantenimiento y cronificación de los problemas de dolor.

1.3.3. Clasificación del dolor según criterios de duración: dolor agudo vs.

dolor crónico

Una última clasificación, también del mayor interés para todos los agentes de salud implicados, y de forma particular para los psicólogos, es aquella basada en criterios temporales y de duración. Así distinguimos entre dolor agudo y dolor crónico. Su importancia no reside en la diferencia temporal, esto es, en el transcurso del tiempo en sí, sino en la naturaleza de los fenómenos y los cambios a los que éste puede dar lugar, así como al pronóstico asociado, a los factores involucrados y a los tratamientos que se prescriben. En primer lugar presentamos las características del dolor agudo, después, con mayor extensión y en diferente epígrafe, trataremos el dolor crónico.

Dolor Agudo

Según Chapman (1984), “el dolor agudo consiste en un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, emocional y mental y de ciertas respuestas de orden autonómico, psicológico y conductual provocadas por una herida, por una lesión en los tejidos o como consecuencia de una inflamación” (p. 1266). Se trata de un tipo de dolor de aparición reciente y corta duración, cuando menos se trata de un dolor limitado en el tiempo. La intensidad es mayor en el momento de su aparición. El dolor quirúrgico, por ejemplo, es un tipo de dolor agudo.

Tabla 5. Clasificación del dolor según criterios temporales

Agudo

- De unos pocos días de duración
- Ligerero o fuerte
- Causa(s) conocidas o desconocidas
- Supuesto estímulo nociceptivo
- El paciente espera mejora gracias a las intervenciones médicas, otro tipo de estrategias de afrontamiento no se consideran necesarias
- El médico espera que las quejas de dolor disminuyan al sanar los tejidos afectados (p. ej., quemadura solar, dolor de muelas y dolor postoperatorio)

Agudo recurrente (Intermitente)

- El paciente vive intervalos variables sin dolor
- Se presuponen estímulos nociceptivos de algún proceso patológico (p. ej., migrañas, artritis, neuralgia del trigémino, dolor miofacial)
- El médico espera solucionar el problema gracias a los esfuerzos terapéuticos continuos que realiza

Agudo progresivo

- Input nociceptivo continuado (p.ej., el dolor del cáncer)
- Los médicos se muestran dispuestos a utilizar narcóticos potentes
- A menudo, los pacientes están preocupados por los efectos de los analgésicos en la quimioterapia
- Tratado como el dolor agudo por pacientes y médicos

Precrónico

- Duración entre unos pocos días a unos pocos meses
- Similar al agudo, sólo que en este caso el dolor no se considera una emergencia
- Patología conocida
- El médico está preocupado por el uso de narcóticos (p.ej., adicción)
- Proceso de cura prolongado y estresante (o, al menos, con activación autonómica) para el paciente
- Las pautas de afrontamiento inicialmente internas están pasando a ser controladas por variables situacionales
- Algunos pacientes (con historias premórbidas) están en situación de riesgo de desarrollar problemas de dolor crónico

Crónico benigno (Persistente)

- No está relacionado con procesos neoplásicos (no está asociado al cáncer)
- De unos 6 meses de duración
- Se desconoce patología orgánica o input nociceptivo
- Aparentemente, el paciente está afrontándolo adecuadamente, no ha hecho el dolor el centro de su vida
- Los médicos sienten que pueden establecer una relación de trabajo adecuada con estos pacientes

Síndrome de dolor crónico benigno intratable

- Duración de 1 año o más
- Los médicos ven a estos pacientes casos difíciles de ser tratados. Las consultas psiquiátricas son habituales en estos casos

- Los pacientes muestran deterioro físico (normalmente como consecuencia de la inactividad), pasividad psicológica (depresión) y una preocupación excesiva por el dolor
- Los pacientes obtienen recompensas por su estado de “invalidez” (ganancias secundarias)

Nota: Tomado de Karoly y Jensen (1987), reproducido con permiso.

El dolor agudo no es intrínsecamente bueno por cuanto todos intentamos suprimirlo, pero, tampoco, intrínsecamente malo. Reconocemos que el dolor agudo no es intrínsecamente malo en tanto que posee un importante valor biológico. 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. En este sentido, la experiencia de dolor reviste un alto valor para la supervivencia. Así lo reconocemos, por ejemplo, cuando alguien tiene la desgracia de sufrir un problema de insensibilidad congénita al dolor. Ahora bien, toda vez que el dolor ha conseguido su *propósito biológico*, esto es, la salvaguarda de la integridad del organismo, éste debería desaparecer. Se trata de una característica básica del dolor agudo: remitir cuando el daño o la lesión que lo provocó ha sanado. Y, en general, así es, el dolor agudo desaparece, bien espontáneamente, o gracias a algún tipo de tratamiento que incide sobre la enfermedad o lesión asociada.

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 • Desaparece con la remisión del daño o la herida que lo provocó • La cantidad del dolor experimentado es, en buena medida, proporcional a la lesión que lo provoca • Responde a los tratamientos dirigidos 	<ul style="list-style-type: none"> • En general, su inicio es como en el dolor agudo • Carece de valor biológico y es destructivo física, psicológica y socialmente • Larga duración, mas 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

<p>a la restauración del daño tisular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta negativa o escasa al tratamiento mediante morfina u otros opiáceos • Alteración de los índices autonómicos (p. ej., incremento en la tasa cardíaca y respiratoria) • Correlación entre índices autonómicos, 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"> • Responde positivamente a su tratamiento mediante morfina u otros fármacos 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 (p.ej., trastornos del sueño, decremento de la libido) • Fundamentalmente asociado a la depresión, si bien también hay problemas de ansiedad • El paciente lo describe en términos afectivos
---	--

Figura 4. Diferencias fundamentales entre dolor agudo y dolor crónico

Como afirman Melzack y Wall (1982), las características básicas del dolor agudo resultan de la combinación entre la lesión, el dolor y la ansiedad. En la mayoría de casos, el dolor aparece como proporcional a la magnitud de la lesión y está típicamente asociado a cambios en los índices de actividad autonómica. Sin embargo, también es cierto que distintos factores, tales como, la conceptualización del problema por el paciente, las circunstancias o los motivos por los que aparece (Fernandez y Turk, 1995; Toomey, Sevidle, Abashion, Finkel y Mann, 1994) afectan a la percepción y, por tanto, a la vivencia de esa experiencia de dolor. Por ejemplo, el dolor asociado a pequeñas lesiones producto de un grave accidente automovilístico puede tener una mayor duración y resultar más complicado de tratar que un dolor asociado a lesiones físicas comparativamente más graves producto de un accidente menos estresante y traumático, como puede ser la rotura del fémur por una caída mientras se pescaba (Geisser, Roth, Bachman y Eckert, 1996; Portenoy y Kanner, 1996).

1.4. Dolor crónico

1.4.1. Naturaleza y características

El dolor crónico es un tipo de dolor muy diferente al anterior, con características distintas a las que distinguen los cuadros de dolor agudo. En función de la gravedad de la patología de base, se suelen distinguir dos tipos de dolor crónico (Turk *et al.*, 1983). Por un lado, el *dolor crónico benigno*, se trata de un dolor asociado a trastornos o “enfermedades benignas”, es decir, que no están relacionadas con el cáncer. A pesar de la etiqueta, este tipo de dolor es todo menos benigno, ya que afecta psicológicamente a las personas, y mucho, en algunos casos. Como ejemplo de esta categoría cabe citar a la cefalea. Por otro lado tenemos al dolor crónico progresivo, también (mal)llamado *dolor crónico maligno*. Es un dolor secundario o asociado a *procesos malignos*, prototipo de éste es el dolor neoplásico.

Cabe realizar una segunda clasificación, en función del curso del dolor. Así, se distingue entre el *dolor crónico periódico o recurrente*, y el *dolor crónico continuo*. El primero es de naturaleza intermitente, episódico, que va y viene, un ejemplo de este tipo de dolor es la migraña. El segundo, en cambio, identifica a un dolor que está siempre presente, aunque puede variar en intensidad y aversividad; ejemplo de éste último es el dolor de espalda.

En general, por dolor crónico se entiende cualquier situación dolorosa que está presente durante largos periodos de tiempo. Las primeras definiciones de dolor crónico incluso fijaban un tiempo concreto, así planteaban que el dolor crónico sería cualquier dolor que superara la barrera de los 6 meses (ver, por ejemplo, los trabajos de Keefe, Brown, Scott y Ziesat, 1982, y de Martínez-Arias, 1987). Sin embargo, esta consideración ha sido desestimada por su arbitrariedad. Las definiciones actuales han mejorado la delimitación del problema. Bonica (1990), por ejemplo, entendía que el dolor es crónico “si persiste más allá de un mes de lo que sería su curso normal de recuperación, si está asociado con un proceso patológico crónico, o si reaparece a intervalos de meses y/o años” (Bonica, 1990; p. 19). Podríamos decir, pues, que el dolor crónico es un tipo de dolor persistente que no responde a los tratamientos médicos habituales (ver Portenoy y Kanner, 1996).

Turner y Chapman (1982) 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” (p. 16). El síndrome de dolor crónico hace referencia, pues, 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.

La depresión es el trastorno asociado más frecuente. Aunque también se observan otros problemas emocionales, tales como la ansiedad, la ira o la hostilidad. Es habitual detectar déficits cognitivos y 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 e incapacidad; también existen problemas de concentración y memoria y de control de los impulsos. La pérdida de apetito en algunos casos, los problemas de sueño o la pérdida de la libido, en otros, son problemas que comparten este tipo de pacientes. Los problemas de relación familiar y de interacción social también son prevalentes. El deterioro físico y los problemas de discapacidad (laboral) caracterizan a una gran parte de esta población. Las personas con problemas de dolor crónico son pacientes que conocen, y muy bien, todo tipo de consultas médicas. En su búsqueda por encontrar una solución al problema han visitado todo tipo de especialistas, y cuando estos se acaban y/o fallan, o aún antes, no es extraño que recurran a otros individuos: toda suerte de sanadores, curanderos, adivinadores, forman parte de la panoplia de alternativas a las que recurren en ese intento desesperado de “sacarse de encima” el dolor.

El paciente paga un precio importante por ello, y no sólo en tiempo y dinero, sino también en energía y recursos personales de afrontamiento. Cada vez que el tratamiento fracasa, la desesperanza de los pacientes aumenta. La probabilidad de que aparezcan problemas de desamparo es muy elevada, y también que afecten de forma muy significativa el estilo de vida de la persona. En este punto, se entra en una suerte de proceso insidioso en el que intervienen múltiples factores que interactúan entre sí. Aquel malestar físico y psicológico, fruto del dolor que apareció inicialmente como una señal de alerta, aumenta en la misma medida que el dolor no desaparece. Donde antes existía cierta preocupación por la sintomatología, ahora aparece la ansiedad y el miedo, también la frustración (qué es lo que sucede, porqué no desaparece, porqué a mí...?). La frustración se puede transformar en ira y resentimiento. En definitiva, y como afirma Gatchel (1996), el trastorno psicológico que termina por aparecer depende de los rasgos de personalidad premórbidos de esa persona, de la condición y del tipo de problema médico, así como de distintos factores contextuales, tales como sus condiciones socioeconómicas y laborales.

El dolor crónico, pues, no posee ni se le reconoce ningún tipo de valor adaptativo para el individuo. Antes al contrario, su persistencia está asociada a todo un conjunto de trastornos que incapacitan a la persona y, en muchos casos, muy severamente.

Otra diferencia que se puede establecer respecto del dolor agudo es a nivel de tratamiento. Mientras el dolor agudo parece que responde bien a los procedimientos médicos, cuando estos mismos tratamientos son utilizados en los síndromes de dolor crónico, los resultados son negativos. De hecho, este aspecto es uno de los criterios definitorios del síndrome de dolor crónico.

Tabla 6. Características de los síndromes de dolor crónico

Características generales

Definimos a los síndromes de dolor crónico intratable (benigno) como un problema de dolor progresivo que:

1. No se puede relacionar con ningún proceso fisiológico o anatómico actual de carácter patológico
2. Tiene una historia de intervenciones médicas y quirúrgicas generalmente ineficaces
3. Se presenta asociado con un funcionamiento personal psicosocial desajustado, en el que se incluye la queja de dolor y los problemas secundarios asociados que la acompañan

Problemas asociados

1. Trastorno por abuso de sustancias (alcohol y drogas)
2. Tratamientos farmacológicos y quirúrgicos con los efectos secundarios propios, distintos de los relativos a la categoría anterior
3. Reducción de la actividad física
4. Discapacidad física progresiva secundaria al dolor, a la anticipación de posibles futuros episodios de dolor, y al miedo de que el aumento de dolor sea un signo de un aumento en el daño físico subyacente
5. Desesperanza y desesperación ante la evidencia de que el dolor no remite aun ante los mejores y más sofisticados tratamientos
6. Conflictos con el personal sanitario por las experiencias negativas con los tratamientos practicados
7. Conflictos con los allegados
8. Cambios desagradables del estado de ánimo duraderos
9. Pérdida de autoestima y de confianza en sí mismo
10. Disminución progresiva de las interacciones sociales así como pérdida de las gratificaciones asociadas a esas interacciones
11. Depresión
12. Ideas suicidas
13. Disminución de la habilidad para obtener satisfacción de la vida, que contribuye a una profunda desmoralización y, a veces, a la depresión.
14. Trastornos del sueño
15. Irritabilidad
16. Fatiga
17. Problemas cognitivos y de memoria
18. Cinesiofobia (evitación de ciertas actividades debido al miedo a una nueva lesión o a volver a experimentar dolor)
19. Pérdida del puesto de trabajo

1.4.2. Factores de riesgo

Estudiar qué factores favorecen la aparición y el mantenimiento de los cuadros

crónicos de dolor es básico, por muchas e importantes razones. Fundamentalmente porque nos ha de permitir identificar quiénes están más necesitados de ayuda, evitar la cronificación y la discapacidad asociada, reducir los problemas emocionales, sociales y laborales de los implicados, así como racionalizar el uso de los recursos sanitarios. Debe aportar, en suma, los elementos necesarios para elaborar modelos de dolor crónico, facilitar la investigación y diseñar programas preventivos de la discapacidad y el dolor crónicos.

En estas páginas recogemos algunos de los factores que aparecen relacionados con el dolor y la discapacidad crónicos. Aunque nos centraremos en los más importantes, la variedad de elementos que aparecen en estas páginas es fiel reflejo de lo que existe en la literatura disponible. La investigación en esta área se ha centrado, básicamente, en el estudio del dolor de espalda. Tampoco resulta extraño si uno se detiene a considerar las implicaciones personales, sociales, laborales y económicas del dolor de espalda crónico (ver, por ejemplo, los recientes trabajos de Dionne, 1999; Linton, 2000; Miró, en prensa). En este apartado, los datos que recogemos pertenecen al dolor de espalda, fundamentalmente.

Entre las distintas *variables fisiológicas* estudiadas, también llamadas médicas, se encuentran: la duración del problema de dolor o de la discapacidad asociada, el número de intervenciones quirúrgicas sufridas o la historia de tratamiento (Potter, Jones y Boardman, 2000), incluso la fortaleza muscular, si bien esta última variable preside una amplia controversia, pues no son pocos los estudios que no detectan relación alguna. Por ejemplo, en el llamado *informe Boeing* (ver Battié, Bigos, Fisher, Hansson, Jones y Wortley, 1989), basado en un estudio prospectivo de más de 3000 empleados de esta empresa aeronáutica de la ciudad de Seattle, no se recoge relación alguna entre lesión de espalda y la capacidad aeróbica, la flexibilidad o la fortaleza muscular de los sujetos estudiados. La naturaleza del dolor, su severidad fundamentalmente, también ha sido relacionada con la cronificación del dolor (Potter y Jones, 1992), aunque muchos lo consideran un factor de riesgo por su interacción con variables psicosociales (por ejemplo, Turk, 1997; Bigos y Battié, 1987).

Entre los primeros y más estudiados factores de riesgo están las características de la lesión. Históricamente hablando, la idea más extendida era que la magnitud de la lesión correlaciona con la duración del problema y los trastornos que éste ocasiona. Sin embargo, los datos acumulados en las últimas décadas muestran que si en verdad existe alguna relación entre patología física *objetiva* y discapacidad y dolor, ésta es más bien modesta (ver, por ejemplo, Frymoyer, 1992; Gatchel, Polatin y Mayer, 1995; Linton, 2000). Precisamente, esta escasa o nula relación entre magnitud de la lesión e intensidad, gravedad y duración de los problemas de dolor, propició el estudio de otros parámetros con los que resolver adecuadamente el *rompecabezas* (Melzack, 1973). Así, del mismo modo que los modelos teóricos del dolor ampliaron sus límites más allá de la fisiología (p.ej., Melzack y Wall, 1982; ver Miró, 1997), también lo hicieron los estudios sobre los factores de riesgo. Esta expansión llevó a considerar variables demográficas, psicológicas y sociales y laborales.

En cuanto a las *variables de naturaleza demográfica*, los resultados, en general, son inconsistentes. Por ejemplo, niveles educativos y económicos bajos parecen ser factores de riesgo (Baldwin, Johnson y Butler, 1996). Sin embargo, es posible que esta relación esté mediada por la ocupación personal. Así, las personas con menor educación tienden a realizar trabajos con mayores demandas físicas, generalmente peor pagados y con mayor riesgo de sufrir lesiones musculares, problemas en los tendones y articulaciones, etc. No es extraño, entonces, que existan trabajos que no detectan relación alguna (Gatchel *et al.*, 1995). Variables tales como el sexo y la edad también aparecen asociadas a los problemas de dolor (Frymoyer, 1992). En relación a la edad, la idea más extendida es que cuanto mayor sea el sujeto en el momento de sufrir la lesión, menor la probabilidad de recuperar los niveles de funcionamiento previos (Volinn, Von Koervering y Loeser, 1991), sin embargo, igualmente existe abundante literatura que pone en entredicho esta afirmación (ver, por ejemplo, Feuerstein y Theborge, 1991; Hellsing, Linton y Kalvemark, 1994). Por lo que respecta a la variable sexo, la situación es parecida, esto es, de una gran inconsistencia. Mientras algunos estudios manifiestan que esta variable no predice la cronificación y discapacidad del sujeto (Gatchel *et al.*, 1995), otros destacan todo lo contrario, algunos afirmando que son las mujeres quienes muestran mayor tendencia a sufrir problemas crónicos (Baldwin, Johnson y Butler, 1996) y otros apuntando a los hombres (Crook y Maldofsky, 1994). El estado civil es otra variable que ha recibido considerable atención, de nuevo con resultados contradictorios. En efecto, en la literatura podemos encontrar tanto publicaciones que informan que el hecho de no estar casado está relacionado con problemas crónicos (Lehman, Spratt y Lehmann, 1993), como de todo lo contrario (Lancourt y Kettelhut, 1992).

Las *variables psicológicas* es otro conjunto de factores que ha recibido considerable atención por parte de los expertos. Entre los más estudiados encontramos a las características de naturaleza psicopatológica de los pacientes. El MMPI, por ejemplo, es un instrumento muy utilizado para detectar trastornos relacionados con el dolor y la discapacidad crónicos. Existen muchos estudios que identifican la “triada neurótica”, esto es elevadas puntuaciones en histeria, depresión e hipocondría, en los pacientes con problemas de dolor crónico, si bien su validez ha sido cuestionada ampliamente (ver Miró, 1992; Miró y Jensen, 2001). Gatchel y colaboradores (Gatchel y Epker, 1999; Gatchel, Polantin y Mayer, 1995; ver también Gatchel y Weisberg, 2000), por ejemplo, han realizado diversos estudios para valorar, entre otras, la validez del MMPI para predecir el dolor y la discapacidad en pacientes con problemas de dolor de espalda. En general, sus datos muestran que aquellos pacientes con altas puntuaciones en la escala de histeria es más probable que informen de problemas de discapacidad que aquellos otros pacientes con bajas puntuaciones.

Estrés, ansiedad o depresión también han sido identificados en numerosas ocasiones como buenos predictores (Croft, Papageorgiu, Ferry, Thomas, Jayson y Silman, 1996; Estlander, Takala y Viikari-Juntura, 1998; Leino y Magni, 1993; Mannion, Dolan y Adams, 1996; von Korff, LeResche y Dworkin, 1993). Otros trabajos, si bien los menos, no detectan relaciones significativas (p.ej., Lehman *et al.*, 1993).

Las cogniciones de los pacientes han sido identificadas, repetidamente, como factores importantes de riesgo. Por ejemplo, Gil, Williams, Keefe y Beckham (1990) observan que los pacientes con dolor crónico muestran más pensamientos negativos, al compararlos con pacientes con dolor intermitente. Boston, Pearce y Richardson (1990), encontraron una correlación significativa entre cogniciones negativas e intensidad percibida de dolor, malestar emocional e interferencia del dolor en la vida diaria.

El estilo de afrontamiento también parece predecir la cronicidad (Burton, Tillotson, Main y Hollis, 1995; Linton, Buer, Vlaeyen y Hellsing, 1999), así como las percepciones catastróficas sobre la naturaleza del problema (Keefe, Lefebvre, Egert, Affleck, Sullivan y Caldwell, 2000), o el temer a futuros problemas/lesiones (Crombez, Vlaeyen, Hents y Lysens, 1999; Vlaeyen y Linton, 2000; Vlaeyen, Seelen, Peters, de Jong, Aretz, Beisiegel y Weber, 1999). Igual sucede con las percepciones de salud de los pacientes. Así, un buen número de trabajos identifica a estas percepciones y a los pensamientos sobre su condición física como buenos predictores de la cronicidad y discapacidad (Hazard, Haugh, Reid, Preble y MacDonald, 1996; Hasenbring, Marienfeld, Kuhlendahl y Soyka, 1994). Jensen y Karoly (1992), por ejemplo, encontraron que la percepción de los pacientes sobre su nivel de discapacidad está inversamente relacionada a la actividad que desarrollan. Más aun, estos autores informan que la creencia de que la actividad causa dolor predice el nivel de funcionamiento del paciente y el uso que hace de los servicios de salud. También Riley, Ahern y Follick (1988) encontraron que las creencias sobre el dolor y el deterioro físico estaban relacionados significativamente con el grado de discapacidad de los pacientes.

Por último, a las *variables de naturaleza socio-laboral* también se les atribuye cierta validez predictiva, aunque, de nuevo, las inconsistencias abundan. Por ejemplo, el soporte social, ya sea de familiares, amigos o compañeros de trabajo, parece que facilita la superación de distintos problemas de salud, y en concreto del dolor (Hasenbring *et al.*, 1994; Lehman *et al.*, 1993). Bien es cierto, sin embargo, que parejas muy solícitas pueden facilitar el mantenimiento del dolor y, por tanto, la aparición de problemas de discapacidad crónicos (Flor, Kerns y Turk, 1987; Romano, Turner, Friedman, Bulcroft, Jensen y Hops, 1991; Turk, Kerns y Rosenberg, 1992). La satisfacción laboral, relacionada con el lugar y las personas que allí trabajan, sean compañeros o supervisores, también ha mostrado cierta capacidad predictiva. Por ejemplo, Linton y Bradley (1992) aportan indicios de que el soporte de un superior cercano es un aspecto fundamental, relacionado con la vuelta al trabajo. El miedo a las demandas que uno se va a encontrar al reincorporarse al lugar de trabajo es, según datos aportados por Waddell *et al.* (1993), también de gran importancia. Lo mismo que la existencia de compensaciones relacionadas con la baja por enfermedad (Fordyce, 1995; Mendelson, 1992).

A la luz de los trabajos revisados debemos concluir que la inconsistencia de los datos disponibles es la norma, y que resulta muy complicado trazar un perfil claro de los factores que predicen, con seguridad, la aparición de problemas crónicos de dolor. Es necesario, pues, continuar con la tarea iniciada, intentando identificar qué variables permiten identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar problemas crónicos.

Los datos que recoge la literatura han de servir de base para futuros trabajos. Debemos elaborar modelos que permitan predecir qué factores ejercen su influencia, así como el momento y las condiciones en las que actúan. Estos estudios predictivos deberían analizar los efectos de factores demográficos, psicológicos, socio-económicos y el significado de la lesión y el dolor. En cualquier caso, no deberíamos olvidar que estos factores no ejercen su influencia de forma independiente, uno a uno, sino que interactúan entre ellos, y que las interacciones así como el peso o la importancia de cada factor varía con el tiempo.

Tabla 7. Factores de riesgo del dolor lumbar crónico

REFERENCIA	FACTORES	DESCRIPCION
Baldwin et al., (1996)	<i>VARIABLES DEMOGRAFICAS</i> • Sexo	Formas diferentes de interpretar y responder al dolor, incluso de buscar y conseguir tratamiento. El riesgo de dolor de espalda es mayor durante los años más productivos (25-55 años), y decrece, según parece, tras llegar a la cincuentena.
Volinn et al. (1991)	• Edad	
Leboeuf-Yde et al (1999)	<i>VARIABLES CLINICAS</i> • Obesidad	La incidencia de problemas de dolor de espalda está asociada a la obesidad o peso elevado La asociación entre fumar y dolor de espalda aparece recogida en la literatura con frecuencia, y ha superado distintos criterios de causalidad. Sin embargo, la contribución parece más bien pequeña.
Leboeuf-Yde et al (1998)	• Consumo de tabaco	
Fordyce (2001)	<i>VARIABLES CONDUCTUALES</i> • Conductas de dolor	Formas diferentes de comunicar que uno sufre dolor (p. ej., cojear, frotarse la zona herida, quejarse)
Vlaeyen et al (1995)	• Evitación	Estrategia por la que ciertas actividades, lugares, relaciones personales, etc., son evitadas con el objetivo de prevenir la aparición o el agravamiento del dolor. La reducción del miedo y el malestar que genera la proximidad del estímulo facilitan el mantenimiento de la conducta de evitación.
Miedema et al (1998)	• Actividad física	Bajos niveles de actividad física aparecen relacionados con mayor probabilidad a los problemas de dolor, aunque no están relacionados necesariamente con niveles de dolor.

	<p><i>VARIABLES PSICOLÓGICAS</i></p> <p><u>Cogniciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento 	<p>Formas diferentes de lidiar con el problema de dolor, tanto conductuales (descansar) como cognitivas (distraerse), bien activas (relajación) o pasivas (estoicismo, esperar que pase)</p>
Jensen et al (2001)		
Keefe et al (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre el dolor 	<p>Adquiridas a través de los procesos de socialización y aprendizaje. Muy estables, aunque posibles de modificar. Tienen que ver con las formas más adecuadas de responder al dolor y la enfermedad, de aceptar propuestas de tratamiento, y de adherencia a las prescripciones terapéuticas.</p>
Crombez et al (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas 	<p>Errores de pensamiento, son inferencias y conclusiones arbitrarias sin base ni evidencia razonable que las apoye, tanto sobre uno mismo como sobre la situación personal. Se magnifica la presencia de algún indicio somático y minimiza las informaciones incompatibles con la visión de discapacidad personal.</p>
Vlaeyen et al (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas 	<p>Creencias sobre la eficacia personal y recursos disponibles para afrontar eficazmente el dolor. Expectativas positivas están relacionadas con mayores niveles de actividad, menor malestar psicológico y dolor menos intenso.</p>
Sullivan et al (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Catastrofismo 	<p>Pensamientos, ideas, imágenes, anticipando resultados negativos o consecuencias aversivas de una experiencia, o malinterpretando un resultado como extremadamente negativo. Asociado a la depresión, el dolor y la discapacidad.</p>
Thompson (1981)	<ul style="list-style-type: none"> • Control 	<p>Creer en la capacidad de influir en el curso de un acontecimiento, y de predecir su curso y evolución. Relacionado con la percepción del dolor, con las conductas y el mantenimiento de un afrontamiento activo.</p>
Croft et al (1996)	<p><u>Emociones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 	<p>El aumento de la activación fisiológica y de la tensión asociada facilitan y mantienen los problemas de dolor. También los componentes cognitivos vinculados a la preocupación facilitan la detección de sensaciones dolorosas y contribuyen a la cronificación del dolor.</p>

Fishbain et al (1997)	• Depresión	Estado de ánimo negativo, está asociado al dolor y la discapacidad crónicos.
Okifuji et al (1999)	• Ira	Emoción negativa que aparece en los casos crónicos. Ira y hostilidad pueden complicar el problema aumentando el arousal autonómico e interfiriendo con la motivación por aceptar y/o seguir determinados tratamientos.
Asghari y Nicholas (1999)	<u>Personalidad</u>	Algunas características de personalidad parecen asociadas a intensidad, severidad y/o cronicidad del dolor (p.ej. triada neurótica según MMPI, ánimo depresivo, etc.)
	VARIABLES SOCIALES	
Schwartz et al (1996)	• Relación de pareja	Relación que influye en la valoración e interpretación del dolor, así como en las respuestas que se exhiben. Una pareja solícita puede fomentar un aumento en las conductas de dolor, y de idea de discapacidad
Hasenbring et al (1994)	• Soporte social	Ayuda fuera de la pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo, profesionales de la salud, que facilita que quien la recibe consiga acercarse más al objetivo que perseguía
	VARIABLES OCUPACIONALES	
Linton y Bradley (1992)	• Relaciones laborales	La relación con compañeros y/o supervisores pueden influir en la percepción del problema, en el nivel de dolor, en la conducta de dolor asociada (p.ej., baja por incapacidad laboral transitoria) y la discapacidad
Fordyce (1995)	• Satisfacción laboral	La percepción positiva del ambiente laboral, relacionada con la actividad del trabajador y el contexto físico y psicosocial en el que se desempeña, afecta positivamente a la intensidad y a las conductas de dolor.
Müller et al (1999)	• Carga física	Las demandas y exigencias físicas del trabajo (p.ej., agacharse o encorvarse frecuentemente, trabajar en posiciones incómodas, trabajar con equipos pesados) están asociadas a mayor riesgo de lesiones y dolor.

1.4.3. Una perspectiva biopsicosocial

La experiencia de 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 bio-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, esto es, los

procesos de socialización y aprendizaje, modular la percepción de la estimulación nociceptiva y moldear las respuestas del organismo. Pero también los factores psicológicos afectan a los biológicos. Por ejemplo, disponemos de datos que indican que la transmisión de las sensaciones nociceptivas puede ser bloqueada gracias a la acción de procesos psicológicos. En efecto, Bandura, O’Leary, Taylor, Gauthier y Gossard (1987), en una investigación de laboratorio en la que inducían dolor por crio-presión, comprobaron que el efecto de las técnicas cognitivas de manejo del dolor estaba mediado por mecanismos opiáceos y no opiáceos. Concretamente, en aquellos sujetos que manifestaban un mayor sentimiento de autoeficacia para reducir el dolor, se observó que mayor era la activación opiácea y, efectivamente, mayor su control y dominio sobre el dolor. Incluso cuando los mecanismos opiáceos fueron bloqueados por un antagonista como es la naloxona, aquellos sujetos fueron capaces de incrementar su tolerancia.

Las conductas de dolor, moldeadas por los procesos de socialización y aprendizaje, también interactúan con 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. Descansar por prescripción facultativa o reducir el nivel de actividad física, por propia iniciativa, son conductas que igualmente pueden ayudar porque permitirían evitar que se agrave la lesión que origina las señales nociceptivas. Sin embargo, estas mismas conductas podrían provocar cierto empeoramiento si se mantienen durante largo tiempo. En efecto, la inactividad perjudica seriamente la condición física, los músculos se debilitan, pierden fortaleza, flexibilidad, tono y resistencia. Entonces, al ponerlos en funcionamiento tras un largo periodo de inactividad pueden aparecer nuevas señales nociceptivas que podrían repercutir negativamente en el problema (Linton y van Tulder, 2001, Mahnivära et al., 1995; véanse los comentarios de Bigos y Müller, 2001, sobre los efectos perniciosos de las teorías sobre el descanso de Hugh Owen Thomas).

Miedo, ansiedad, cierta preocupación por la posible aparición de problemas futuros, son emociones que influyen en la experiencia de dolor (véase Sharp, 2001). 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. Incluso hay quien se llega a preguntar si el dolor será indicativo de algún problema grave, un problema que los médicos no han detectado, acaso asociado a alguna patología de fatal desenlace, quizás sea un problema del que no le quieren informar para “evitarle un sufrimiento innecesario”. La percepción del paciente sobre su problema de dolor determina su conducta, la motivación y la adherencia a las prescripciones terapéuticas (véase la compilación de Petrie y Weinman, 1997, sobre este tema).

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, u otros fármacos, pueden afectar la capacidad de concentración, más aún, podrían provocar la aparición de otros síntomas que, erróneamente, pudieran ser interpretados como dolor y reforzar una cierta visión pesimista, catastrofista, del problema.

Un modelo que pretenda explicar y predecir la aparición, desarrollo y mantenimiento

de los problemas de dolor crónico debe ir más allá de la dimensión sensorial-fisiológica, física. Deberá incluir otros niveles, igualmente fundamentales, como son: las cogniciones, las emociones y las conductas, y ampliar las unidades de análisis, superando los límites individuales del paciente, para considerar la diada y el contexto, tanto físico como de configuración social y cultural. Este *modelo biopsicosocial*, al que apuntamos, deberá describir los procesos y explicar los mecanismos de todo ese complejo entramado de factores. Debería predecir también, permitir al clínico y al investigador formular predicciones específicas acerca de la evolución de los síndromes de dolor crónico en los pacientes que los sufren, servir de base para evaluaciones y tratamientos eficaces y, en fin, permitir avanzar en la comprensión del problema.

En este apartado presentamos algunos de los factores que están relacionados con los problemas de dolor crónico, analizamos sus relaciones e interacciones y esbozamos las trazas de lo que podría ser un modelo de este tipo. Partimos de la base que ningún factor, por si solo, explica adecuadamente los casos de dolor crónico. Más aún, sólo desde una perspectiva longitudinal se puede alcanzar una comprensión adecuada del conjunto. Claramente, los factores que configuran la naturaleza de los cuadros de dolor varían con el tiempo. Así, al principio, los factores biológicos pueden resultar fundamentales. En cambio, en fases más avanzadas del problema pierden importancia y la ganan otros factores, sean estos cognitivos, emocionales o ambientales. Pero estos cambios no sólo son perceptibles entre las personas, también se observan en una misma persona a lo largo del tiempo. Es decir, la variabilidad existe en las respuestas entre personas con el mismo diagnóstico, pero también en un mismo sujeto en el curso de la progresión de la enfermedad. Este modelo también destaca la existencia de características físicas, biológicas, únicas, propias de cada trastorno, que hacen que un caso de lumbálgia crónica sea distinto al de una migraña, por ejemplo.

El modelo que mencionamos parte de la idea que existe una diatesis, una predisposición fisiológica, que implica una o más partes del organismo. Una predisposición que consistiría en un umbral sensorial, relativamente bajo, en cuanto a la estimulación nociceptiva, que podría estar relacionado con factores genéticos y/o historias previas de aprendizaje y socialización. Ahora, y aunque consideramos al dolor un acontecimiento biopsicosocial, sólo nos ocuparemos de las dimensiones psicológica y social, la biológica, si bien importante, no es parte fundamental de esta obra, supera los límites que hemos previsto para nuestro proyecto. El lector interesado puede encontrar excelentes apuntes en Melzack (1999), en Turk y Flor (1999), o en el manual de Bonica sobre el manejo del dolor recientemente reeditado por Loeser, Butler, Chapman y Turk (2001).

En esta presentación recogemos la esencia de las evidencias acumuladas durante los últimos cuarenta años, acerca del papel fundamental que ejercen los factores psicológicos y sociales en la percepción de las experiencias nociceptivas. Se desmarca, pues, de las propuestas biomédicas tradicionales en las que estos factores resultan meras reacciones al problema de dolor. Obviamente, se trata de una propuesta parcial, inacabada, para ser debatida y, por supuesto, expuesta a cambios y reformulaciones.

El papel del aprendizaje

El papel del ambiente en la experiencia de dolor, en su mantenimiento y cronificación ya fue planteado por Collie a principios del siglo veinte (Turk et al., 1983). Sin embargo, son Wilbert Fordyce y sus colaboradores quienes realmente merecen el crédito de haber descrito los efectos del aprendizaje, concretamente los mecanismos del condicionamiento operante, en la adquisición y mantenimiento de las conductas de dolor. Unas conductas que, en su mayor parte, son observables y que, al igual que cualquier otra, están sujetas a los efectos de las influencias ambientales (por ejemplo, buscar ayuda para solucionar el problema de dolor, quejarse, dejar de hacer alguna cosa).

En efecto, las conductas de dolor pueden quedar bajo el control de las contingencias ambientales y facilitar el desarrollo de cuadros crónicos. Por ejemplo, si a conductas de dolor como descansar o lamentarse le siguen consecuencias positivas como puede ser la atención, la comprensión y el soporte de familiares, amigos, o de los propios profesionales de salud, es muy probable que estas conductas se mantengan en el tiempo. En este sentido, disponemos de abundantes pruebas que muestran la relación entre la aparición de conductas de dolor y la atención que dispensan las personas allegadas a los pacientes. Flor, Kerns y Turk (1987), por ejemplo, informan de datos que apoyarían esta posibilidad. Parece, según el trabajo de Flor et al. (1987), que aquellos pacientes con parejas más atentas y solícitas informan sufrir de un dolor más intenso, además realizan menos actividades. También Block y Boyer (1984) aportan datos en este sentido, y muestran, por ejemplo, que la pareja sirve como estímulo discriminativo para las conductas de dolor. Al comparar los informes de dolor de los pacientes cuando éstos eran observados por un observador neutral o por su esposo/a, se registraron mayores niveles de dolor cuando el/la esposo/a (solicito/a) estaba presente durante la ejecución de distintas actividades físicas. El paciente, pues, también aprende ante qué personas y/o situaciones es más probable el refuerzo, por lo que la emisión diferencial de la conducta, en función del contexto y de su configuración tanto social com física, es altamente probable.

La atención de los profesionales, así como el tipo y la forma en que se utiliza algun procedimiento terapeutico, también pueden facilitar el mantenimiento de las conductas de dolor. Por ejemplo, recomendar descanso o dejar de realizar actividades físicas, puede servir de “coartada” a futuras conductas de dolor, en algunos casos, incluso resultar altamente reforzante para quienes la inactividad física es satisfactoria (ver McCormack, 1988). Igualmente, la prescripción de analgésicos, cuando se recomienda un uso contingente a la aparición del dolor puede incidir en el proceso. Así, para aquellas personas a las que los efectos que producen los analgésicos resulten placenteras, pueden entrar en un proceso de condicionamiento, en el que no sólo las conductas de dolor se puede mantener indefinidamente, sino entrar en una espiral adictiva de compleja resolución. El refuerzo positivo es, pues, un poderoso mecanismo que facilita la cronificación de las conductas de dolor, aunque existen otros igualmente poderosos: el refuerzo negativo, por ejemplo. Así es, evitar la aparición de alguna consecuencia negativa o desagradable aumenta la probabilidad de emisión de una conducta. Dejar de

realizar actividades molestas o que desaparezcan responsabilidades indeseadas, son estímulos muy poderosos que, de darse, provocarán el incremento de la probabilidad de ocurrencia de la conducta asociada, por ejemplo, no pintar la habitación de los niños, dejar de hacer la compra semanal. Este es un tipo de aprendizaje particularmente resistente a la extinción, ya que la posibilidad de que el paciente entre en contacto con otro tipo de contingencias queda muy reducida y se crea una especie de círculo vicioso de difícil tratamiento. Precisamente, es esta dificultad la que aumenta la probabilidad de desarrollar un proceso de generalización a otros estímulos anteriormente neutros.

El castigo y el no refuerzo de conductas adecuadas y funcionales puede contribuir, también, al mantenimiento de las conductas de dolor. En algunas ocasiones, las personas que conviven con el paciente, aun con la sana pretensión de protegerle de un posible empeoramiento del problema, le impiden que realice actividades, ejercicios, conductas diferentes a las de dolor, que podrían facilitar su recuperación. Si bien la motivación es otra, el resultado final es el fortalecimiento de su papel como sujeto doliente. La presunción de que un incremento en la actividad física producirá un empeoramiento del dolor, lleva a estos amigos y familiares a reprochar a los pacientes sus intentos por recuperar la normalidad. El castigo de las conductas adecuadas (por ejemplo, realizar ejercicio físico, jugar con los hijos) es un lastre importante para la recuperación del paciente. Por este mismo motivo, también se critica la actitud de algunos especialistas que limitan o impiden la realización de ejercicios físicos y recomiendan descanso y reposo en exceso. Actualmente, existe evidencia abundante que la reactivación temprana es una estrategia fundamental para tratar los problemas crónicos de discapacidad (Bigos y Müller, 2001). Por ejemplo, Fordyce y colaboradores (Fordyce, Fowler, Lehmann, DeLateur, Sand y Trieschmann, 1973) descubrieron que la cantidad de ejercicio que toleraban los pacientes dependía de un estándar que ellos mismos se fijaban, más que del trastorno o las molestias que les pudieran ocasionar las actividades recomendadas por los terapeutas. Fordyce, McMahon, Rainwater, Jackins, Questad, Murphy y DeLateur (1981) aportan datos similares de particular relevancia e interés. Concretamente, estos autores observaron que cuanto más ejercicio realizaban los pacientes menos conductas de dolor emitían. Hallazgos que chocan frontalmente con la idea, tradicional y extendida, de una relación positiva e importante entre ejercicio físico y dolor.

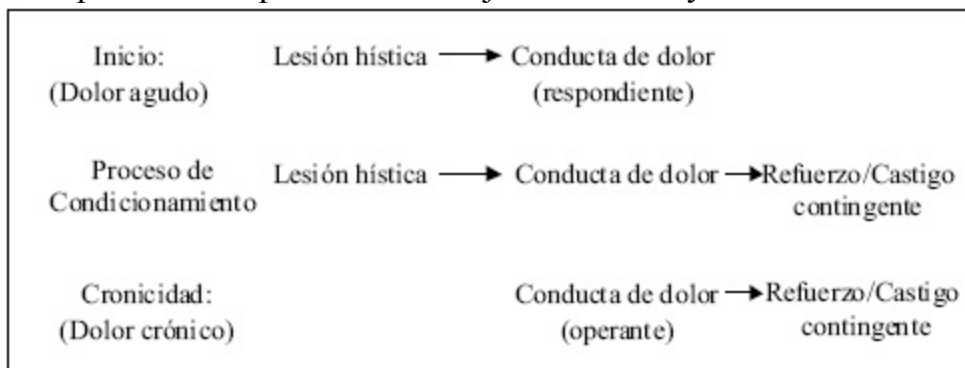


Figura 5. Condicionamiento operante y dolor

El mantenimiento de los problemas de dolor también se puede explicar a partir de los

procesos del condicionamiento clásico, tal como describían Gentry y Bernal (1977). Lethem, Slade, Troup y Bentley (1983), Slade, Troup, Lethem y Bentley (1983), Linton, Melin y Göttestam (1984) y Philips (1987), plantean que tras la aparición de un problema de dolor agudo el miedo del paciente a realizar actividades que puedan resultar en nuevos episodios de dolor puede provocar un aumento de la actividad simpática y de la tensión muscular, tensión que puede provocar dolor. La ansiedad anticipatoria que evoca la realización de una actividad que provocará dolor, puede actuar como un estímulo (condicionado) para la activación simpática (esto es, la respuesta condicionada). Una activación que puede dar lugar a nuevos episodios de dolor, aunque el estímulo original (incondicionado) que representa la lesión muscular, así como su respuesta asociada (respuesta incondicionada) de dolor y activación hayan remitido. Sin embargo, el dolor igualmente puede actuar como un estímulo incondicionado, veámoslo: una lesión muscular resulta en una experiencia dolorosa (estímulo incondicionado), un dolor que automáticamente induce unas respuestas incondicionadas, por ejemplo, activación, aumento de la tensión muscular y cierto miedo y ansiedad. La ansiedad y el miedo ante posibles episodios de dolor futuros lleva a la persona a reducir sus actividades, a evitar situaciones, lugares, ejercicios, etc. En los casos de dolor agudo, distintas actividades pueden elicitar o exacerbar el dolor, cuando antes eran totalmente neutras, placenteras incluso. Si este dolor (estímulo incondicionado) aparece repetidamente en alguna de estas situaciones o asociado a determinadas actividades (estímulo neutro), pueden resultar condicionadas y elicitar, por sí solas, las respuestas condicionadas de activación simpática, ansiedad, miedo y dolor. Si la evitación de determinados lugares, actividades o personas, “permite” que no haya dolor, puede resultar poderosamente atractivo y reforzante. El miedo al dolor puede acabar condicionando a un número mayor de situaciones a medida que la conducta de evitación es eficaz y previene la aparición del dolor. Como señala Philips (1987), la evitación no se limita a simples conductas motoras, también se evitan actividades que antes eran altamente reforzantes y satisfactorias, sólo por el miedo y ante la expectativa de que aparezca el dolor. En la medida que la conducta de evitación permita prevenir la aparición de episodios de dolor, estas conductas (de evitación) se mantendrán inalteradas (Schmidt, 1985a,b). Como la evitación reduce las posibilidades de contrastar las predicciones y, por tanto, de corregirlas, estas conductas son altamente resistentes al cambio. Con el tiempo, y por un proceso de generalización, los pacientes pueden llegar a evitar un gran número de estímulos. Como apunta Philips (1987), conductas como sentarse, caminar, mantener relaciones sexuales, incluso interactuar con otras personas, o actividades cognitivas que requieran de cierto esfuerzo, pueden aumentar la ansiedad anticipatoria y provocar cambios fisiológicos y bioquímicos que podrían provocar dolor. En la medida que estos problemas persistan, más y más situaciones pueden provocar dolor, incluso depresión, como consecuencia de la reducción tan considerable en la calidad y cantidad de interacciones sociales (Lethem et al., 1983).

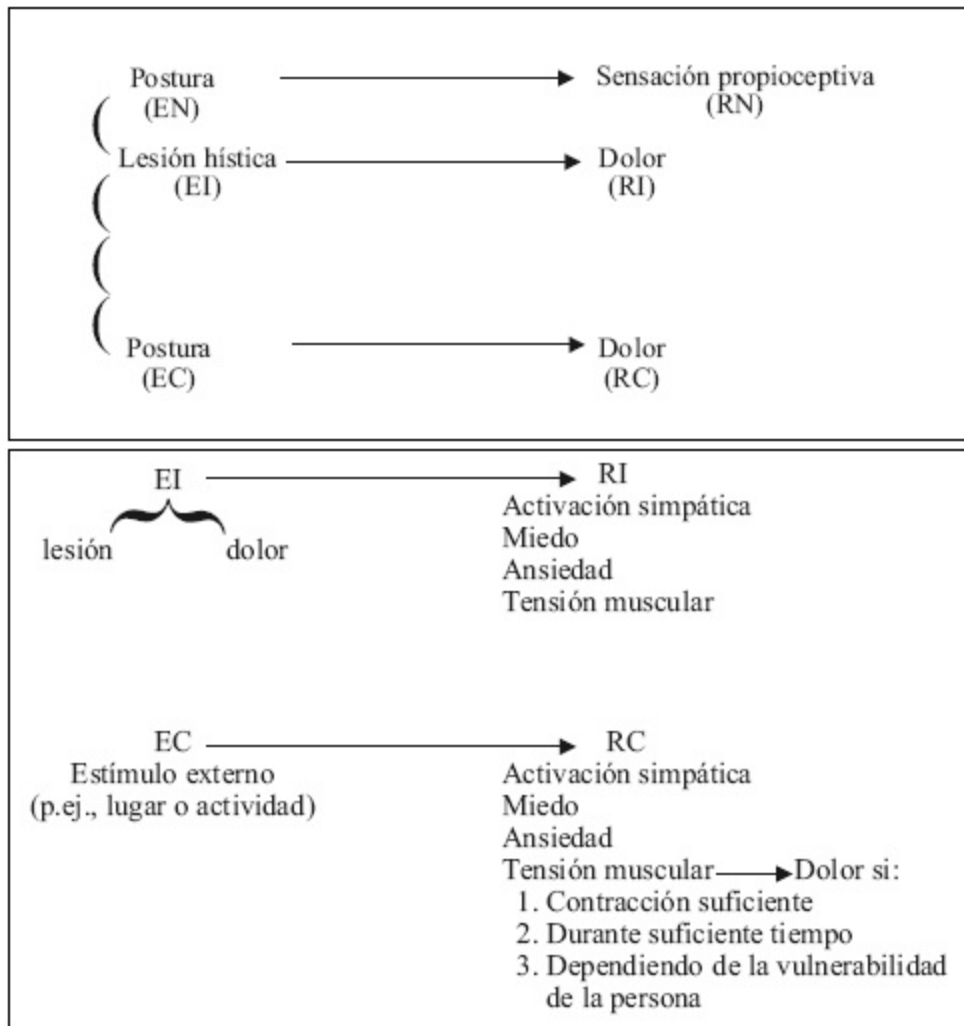


Figura 6. Condicionamiento clásico y dolor

El papel de la socialización

Los valores culturales, normas, reglas, y demás usos sociales, implícitos o explícitos, influyen en la experiencia de dolor (Craig, 1980; Weisenberg, 1980). Como afirma Mechanic (1986), el contenido cultural de una sociedad afecta al reconocimiento y conceptualización de los síntomas, al vocabulario que se utiliza, las formas expresivas, así como la extensión o cantidad de medios paliativos utilizados. Angel y Thoits (1987) creen que la forma por la que la cultura influye en la percepción de las sensaciones corporales es a través de su categorización como experiencias normales o anormales. Así, pues, la percepción del dolor y la adquisición y mantenimiento de las conductas de dolor, no sólo obedecen a los efectos que ejercen distintas contingencias ambientales, sino también a aquellos que derivan de procesos de aprendizaje observacional y del modelado (véase el reciente análisis de Morris, 2001). Tal como apunta Craig (1978): “el conocimiento detallado de circunstancias potencialmente peligrosas, de las formas más adecuadas de expresar el dolor, de si la reacción es socialmente apropiada y de si las circunstancias asociadas a su fin o mantenimiento pueden ser de utilidad, son de un gran valor adaptativo para quien observa” (Craig, 1978; p. 74). Al observar a otros individuos de su mismo medio cultural y socioeconómico, cualquiera puede adquirir una experiencia

importante relacionada con el dolor sin que para ello haya sido necesario experimentarlo personalmente. Es decir, es posible incorporar conductas de dolor al repertorio conductual personal, simplemente por observación. Además del aprendizaje por observación, la instrucción parental acerca de la forma cómo se deben comportar los hijos ante una lesión o una enfermedad, facilita la adquisición de ciertas conductas de dolor. Los niños aprenden formas de comportarse ante la lesión y el dolor, gracias al *feedback* correctivo de sus padres pero también del ambiente extenso social y cultural en que crecen, y adquieren formas específicas de reaccionar ante el dolor y a ignorar o a reaccionar en exceso, por ejemplo, ante los síntomas que experimentan (Pennebaker, 1982). La evidencia sobre el papel que ejerce el aprendizaje social y el entorno cultural en la conducta de dolor es ya muy abundante. Desde los experimentos de Craig y colaboradores (ver Craig y Best, 1977, Craig y Prkachin, 1978, Craig y Weiss, 1971, Prkachin y Craig, 1986), o Turkat y colaboradores (ver Turkat y Guise, 1983; Turkat, Guise y Carter, 1983) en donde se observa la influencia de un modelo en la percepción del dolor y la tolerancia a éste, hasta los clásicos estudios de Sternbach y Tursky (1965), Tursky y Sternbach (1975), Winsberg y Greenlick (1975) o Zborowski (1952, 1969) en los que se constata como determinados grupos étnicos y culturales muestran distintas respuestas ante el dolor (véase Weisenberg, 1975). Vaughan y Lanzetta (1981), mostraron que es posible condicionar vicariamente las respuestas fisiológicas a la estimulación nociceptiva. Richard (1988) encontró que los hijos de pacientes con dolor crónico exhiben más conductas de dolor y muestran una mayor externalidad en su lugar de control de salud, al compararlos con los hijos de pacientes diabéticos y con controles con una salud normal. Parece, pues, que las expectativas y respuestas conductuales a la estimulación nociceptiva se basan, al menos en parte, en la historia de aprendizaje individual. Así, una exposición prolongada a modelos que padecen dolor crónico puede constituir un elemento de riesgo, en cuanto a posibles problemas futuros de dolor y discapacidad crónicos (Edwards et al., 1985; Rowat y Knafl, 1985; Violon y Giurgea, 1984). Craig (1983) ha resumido las características de estos modelos: (1) emitir frecuente y sistemáticamente conductas de dolor, bien en forma de quejas y/o expresiones verbales y no verbales, o bien mostrando signos de discapacidad, (2) expresar signos de dolor durante la realización de actividades que requieren un esfuerzo mínimo, y (3) mostrar cierta falta de recursos para el control del dolor, ya sea por sus propios medios y/o con la ayuda de otros.

Moore y colaboradores, a través de distintos procedimientos, tanto cuantitativos como cualitativos (Moore, Miller, Weistein, Dworkin y Liou, 1986, Moore, Brodsgaard, Miller, Mao y Dworkin, 1997, Moore y Dworkin, 1988, véase también Moore y Brodsgaard, 1999), compararon el uso de palabras para describir el dolor en personas con ascendientes culturales anglo-americanos y personas con ascendientes culturales asiáticos. Estos trabajos muestran que en diferentes entornos culturales se utilizan distintos conceptos aún para los mismos tipos de dolor. Por ejemplo, más del 90% de los anglo-americanos calificaban el dolor muscular como un dolor profundo, mientras que en el grupo formado por personas con ascendencia asiática sólo lo interpretaban así algo

menos de la mitad de las personas.

Bates, Edwards y Anderson (1993), en un estudio controlado realizado en un centro multidisciplinar de tratamiento del dolor, contrastaron las respuestas de distintos grupos de personas de entornos culturales distintos. Concretamente, examinaron los Índices de Valoración del Dolor del Cuestionario de Dolor de McGill, de los grupos siguientes: “americanos antiguos” (definidos como blancos, no hispanos, estadounidenses de nacimiento de al menos tercera generación), hispanos, irlandeses, italianos, canadienses francófonos y polacos. Los resultados de sus análisis muestran que los hispanos informaron significativamente de los niveles de dolor más elevados, también eran quienes con mayor probabilidad informaban de un lugar de control externo (véase también Bates, 1996; Bates y Rankin, 1994; Bates, Rankin, Sanchez y Mendez, 1995; Gureje, Vo n Korff, Simon y Gates, 1998).

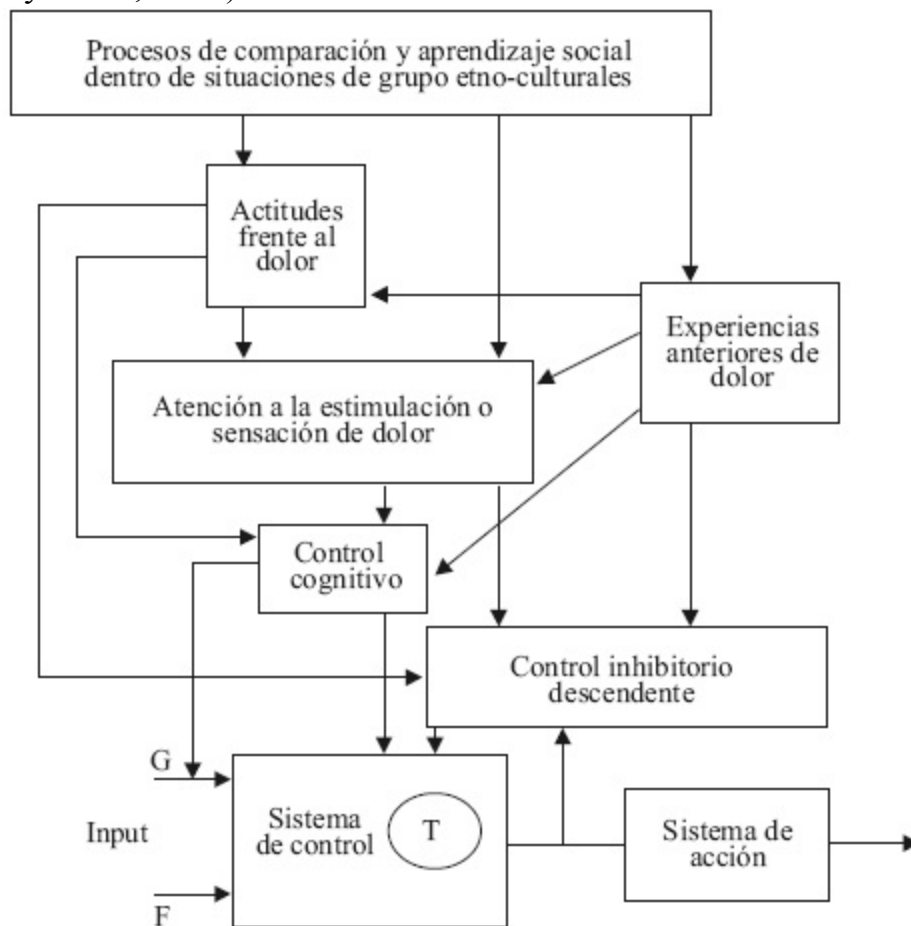


Figura 7. Modelo transcultural del dolor de Bates (1987)

Uno de los ejemplos más sorprendentes del impacto de la cultura en la percepción del dolor y la expresión a ésta, lo encontramos en la práctica ritual, todavía en uso en algunas zonas de la India (Kosambi, 1967), consistente en dejarse clavar unos ganchos de acero en piel y músculos de la espalda y quedar suspendido de ellos, mientras los habitantes del pueblo celebran la bendición de las cosechas. Tal como recoge Melzack (1973), la persona elegida representa a los dioses, y se encargaría de bendecir las cosechas, y a los niños también, durante un periodo concreto del año. Esa persona cuelga de los ganchos,

sujetos por cuerdas a una especie de carreta, que trasladan de pueblo en pueblo. Sorprendentemente, no hay signos de que el “elegido” sufra dolor mientras dura el ritual, más aún, parece que se encuentra en un estado de exaltación. La recuperación de las heridas ocasionadas por los ganchos, y los movimientos pendulares que se infringen a esa persona mientras cuelga, es muy rápida. A lo que parece, en unas dos semanas las marcas de la espalda prácticamente han desaparecido (Melzack, 1973, p. 24), ¡y en unas heridas sobre las que “sólo” se ponen cenizas!

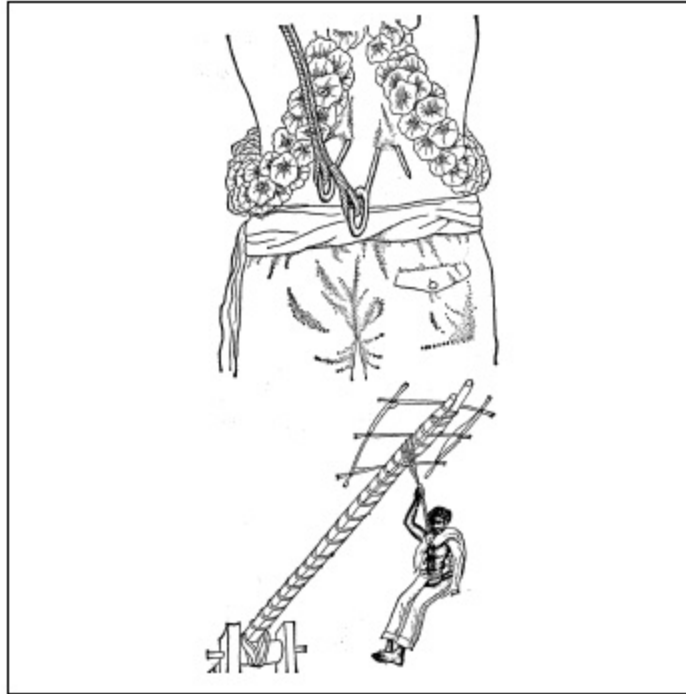


Figura 8. Ceremonia anual practicada en algunas aldeas Indias. En la parte superior, el dibujo muestra dos ganchos de acero clavados en la espalda de la persona elegida, a quien se cubre con guirnaldas. En el dibujo inferior se le muestra colgando de las cuerdas de la carreta con la que viaja de poblado en poblado. Tras el ritual de la bendición, a niños y campos del poblado, se balancea libremente suspendido por los ganchos (tomado de Kosambi, 1967, cfr. Melzack, 1973; reproducido con permiso)

Recientemente, y en vistas que la familia es un núcleo importante de socialización y modulación de la expresión de dolor, algunos autores han sugerido que quizás sea la familia el mejor lugar para educar en el uso de estrategias para afrontar los episodios de dolor, también como una forma de garantizar un uso adecuado en el contexto natural. Kerns y Payne (1996) recomiendan que esta terapia familiar provea a los pacientes de estrategias flexibles para la resolución de problemas. A partir de los recursos disponibles en el contexto familiar, se trata de adiestrar en nuevas formas y estrategias de afrontamiento, facilitar el uso de recursos externos cuando sea apropiado y la búsqueda de ayuda profesional. Todo ello en un contexto donde uno de los aspectos más importantes ha de ser restaurar un clima familiar saludable.

El papel de las cogniciones

Los seres humanos somos procesadores activos de información. Continuamente se analiza la información, se valoran e interpretan las experiencias vividas, y esto es especialmente verdad en el caso de las sensaciones nociceptivas puesto que, muy a menudo, coinciden con una amenaza inmediata o inminente (Ciccone y Grzesiack, 1984). La finalidad de este análisis es buscar una explicación al dolor, a sus causas, anticipar las consecuencias y, a ser posible, encontrar una solución.

Los esquemas que gradualmente se forman a través del proceso de razonamiento y de análisis, pueden contener pensamientos erróneos e irracionales basados en inferencias inadecuadas (véase Pincus y Morley, 2001; Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988). En términos generales, parece cierto que las personas con problemas de dolor crónico albergan unas expectativas negativas sobre su capacidad para realizar ciertas actividades, simples conductas incluso, sin experimentar dolor. Se consideran muy limitados para controlar la intensidad del dolor (Turk y Rudy, 1988). Estas valoraciones negativas, tanto de su situación como de su propia eficacia pueden promover y reforzar cierta desmoralización personal, afectar al esfuerzo que se dedique a la recuperación, al seguimiento de las prescripciones terapéuticas, incluso a la aceptación de la ayuda de los demás o de sus propuestas de tratamiento. Puede, también, fomentar la inactividad, la percepción de discapacidad y provocar reacciones excesivas a la estimulación nociceptiva. Así, por ejemplo, Bandura (1991) informa que aquellos que creen que pueden remediar el dolor es más probable que busquen información que les ayude a afrontar el dolor y que persistan en el uso de esas estrategias. Por el contrario, aquellos con menores expectativas de autoeficacia es más probable que abandonen fácilmente si sus esfuerzos iniciales no són positivos. Arnstein (2000) encontró que, independientemente del problema de dolor crónico de referencia, los pacientes con niveles elevados de autoeficacia mostraban mayores niveles de actividad, trabajaban más horas, sufrían de menor malestar psicológico y de un dolor menos intenso, en comparación con individuos con idénticos problemas de dolor con unas expectativas menores de autoeficacia (véase también Arnstein, Caudill, Mandle, Norris y Beasley, 1999; Lefebvre, Keefe, Affleck, Raezer, Starr, Caldwell y Tennen, 1999; y el trabajo de Loring, Mazonson y Holzman, 1993, para una descripción de un programa de tratamiento de la artritis desarrollado sobre la base de las propuestas de Bandura en relación al papel de las expectativas en los procesos de cambio).

Las distorsiones cognitivas, esto es, pensamientos erróneos sobre uno mismo o sobre la situación personal, aparecen relacionadas, también, con el dolor y la discapacidad asociada a problemas crónicos. Formas de procesar e interpretar la experiencia de dolor revestidas de cierto *catastrofismo* (esto es, pensamientos, imágenes, ideas, anticipando resultados negativos o consecuencias aversivas de una experiencia, o malinterpretando un resultado como extremadamente negativo), *sobregeneralización* (considerar que el resultado de un episodio de dolor también se aplica a otros casos futuros), *abstracción selectiva* (atender a algunos aspectos negativos de la experiencia) y *personalización* (considerar que los acontecimientos negativos son consecuencia de actos personales) son habituales en pacientes con problemas crónicos de dolor (Lefebvre, 1981; véase también

Keogh, Ellery, Hunt y Hannent, 2001, Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley, y Lefebvre, 2001).

Existen algunos indicios de que bajo estas condiciones se intenta suprimir o neutralizar los pensamientos negativos, y son precisamente esos mismo intentos de suprimir (por ejemplo, “no pensar en el dolor”) o neutralizar los pensamientos (por ejemplo, aplicar estrategias de distracción) los que pueden provocar un aumento en su frecuencia y en la aversividad percibida (véase Sharp, 2001), datos, por otra parte, congruentes con la información disponible en relación a los trastornos de ansiedad (Harvey y Bryant, 1998).

Ciertos pensamientos pueden dar lugar a formas de afrontamiento ineficaces, al aumento de la discapacidad y sufrimiento. Por ejemplo, aquellos pacientes que consideran que el dolor persistirá es muy posible que se muestren pasivos y no ejecuten las estrategias cognitivas y/o conductuales adecuadas para resolver el problema (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren y van Eck, 1995). Es más, los errores cognitivos en los pacientes de dolor crónico están relacionados de forma consistente con la depresión y la severidad e intensidad del dolor.

El significado de la situación, la forma cómo el paciente construye y atribuye significado a cuanto acontece también influye en la percepción del dolor. En los trabajos experimentales de Pavlov (1928, Cfr. Melzack, 1973), por ejemplo, encontramos evidencia al respecto. Pavlov comprobó que si una descarga eléctrica era seguida de comida, los perros dejaban de mostrar la típica conducta de escape y evitación. En efecto, los perros salivaban, movían la cola y se dirigían rápidamente al plato de la comida. Sin embargo, cuando el experimentador suministraba la descarga eléctrica en una pata distinta a la que se había utilizado en el proceso de condicionamiento, entonces, el perro volvía a mostrar conductas violentas. Como señala Melzack (1973): “este estudio muestra convincentemente que la estimulación en la piel se identifica, localiza y evalúa *antes* que se produzca la experiencia perceptiva y la respuesta observable” (p. 30; el énfasis está en el original). Fuera del laboratorio también existen abundantes pruebas del efecto del significado de la situación en la experiencia de dolor. Por ejemplo, de dar un golpe en el trasero a un niño, es altamente probable que se observaran reacciones diferentes en función de si éste se diera en el transcurso de un juego, entre risas, o si apareciera en medio de una riña de los padres. Lo más probable, como apunta Melzack (1973), es que en el primer caso no sucediera nada, incluso que provocara la risa del niño, mientras que en la segunda situación es muy posible que el resultado fueran llantos y dolor. En este mismo sentido, también son relevantes las experiencias de Beecher, durante la Segunda Guerra Mundial, que describíamos en páginas anteriores.

Los esquemas cognitivos sobre la naturaleza y/o progresión de la enfermedad afectarán a la conducta del paciente. Por ejemplo, si uno cree que la actividad puede ser peligrosa en su estado, o que el dolor es fruto de alguna acción realizada, este tipo de pensamientos pueden provocar una reducción de la actividad del paciente. La conducta de evitar actividades, incluso lugares o personas, por miedo a la aparición del dolor, impide confrontar las creencias irracionales, de manera que es muy probable que los pacientes continúen creyendo que el dolor es un indicio de peligro que debe ser evitado.

Pero es que, además, las interpretaciones del problema afectan a la forma cómo se presentan los síntomas ante los demás. Por ejemplo, si están convencidos de que sufren un problema grave, así lo mostrarán. En estas condiciones, es más probable que los especialistas prescriban más medicación, y potente, más pruebas diagnósticas, incluso intervenciones invasivas como la cirugía. La forma de responder a las conductas de dolor de los pacientes puede reforzar inadvertidamente la ansiedad del paciente y lo que acaso sea peor: reforzar un afrontamiento pasivo y la percepción de discapacidad (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh y Wessley, 1998). Las consecuencias negativas, complicaciones por yatrogenia, están perfectamente documentadas (véase Kouyanou, Pither y Wessly, 1997). También es más probable que la familia, amigos y compañeros, muestren su atención, comprensión y ayuda, que se eludan responsabilidades, etc. No es aventurado predecir que tales formas de comunicación sean reforzadas y se mantengan en el tiempo.

Entre este tipo de pacientes también se detectan problemas de atención selectiva. El dolor, en general, se acaba por convertir en el centro de su vida. Toda actividad, cualquier conducta, es valorada en función de la probabilidad de provocar dolor. En general, asumen pocos riesgos y evitan cualquier situación, actividad o interacción que pueda provocar dolor. Este hecho no sólo hace que su vida y sus acciones se centren exclusivamente alrededor del problema de dolor, lo que en muchos casos les convierte en sujetos altamente dependientes, sino que les impide prestar atención a otros pensamientos no relacionados con el dolor y que distraen la percepción de éste (Chaves y Brown, 1987), con la consiguiente hipersensibilidad al más mínimo indicio propioceptivo. En efecto, existen pruebas abundantes que si los pacientes están preocupados por su dolor es más probable que se muestren hipervigilantes a los cambios somáticos, procesos que interfieren con la atención en general y con el procesamiento de indicios de salud o mejora, al menos con signos incompatibles con su conceptualización del problema (véase Crombez, Eccleston, Baeyens y Eelen, 1998a,b; Eccleston, 1995; Eccleston, Crombez, Aldrich y Stannard, 1997).

Los sesgos confirmatorios son frecuentes. Estos pacientes muestran una tendencia a codificar y recordar la información que es consistente con los propios esquemas cognitivos (Turk y Salovey, 1985a). Así, los recuerdos que tienen estos sujetos de sus experiencias de dolor no son necesariamente correctos ni verídicos. Por ejemplo, Linton y Melin (1982) evaluaron los niveles de dolor a un grupo de pacientes con dolor crónico, durante un par de semanas. Tras un periodo de entre 3 y 11 semanas, y después de ser sometidos a tratamiento, se les pidió que recordasen el dolor experimentado durante el periodo previo al tratamiento. Las valoraciones a posteriori mostraron que todos aquellos pacientes sobrestimaron su dolor.

En algunos casos, parece existir una serie de cadenas de respuestas anticipatorias que concluyen con la aparición del dolor. Según Vallejo (1987) estas cadenas de pensamiento se establecen en forma ritual; no sería difícil encontrar dentro de este repertorio componentes obsesivos que facilitan el mantenimiento de la percepción del dolor. El carácter automático de esta cadena dificulta, sobremanera, cualquier tipo de control voluntario sobre su inicio o final.

El papel de las emociones

Actualmente, la evidencia en relación a los efectos de los estados afectivos en la experiencia de dolor, y viceversa, es muy abundante (véase la reciente revisión de Keefe, Lumley, Anderson, Lynch y Carson, 2001). De hecho, el dolor, en sí, es una “experiencia emocional desagradable” (véase Merskey y Bogduk, 1994).

La ansiedad, por ejemplo, es muy habitual entre este tipo de pacientes. Y, efectivamente, ha sido hipotetizada como uno de los factores de riesgo más importantes en la cronificación del dolor, por ejemplo, en las lumbalgias y las cefaleas (véase, por ejemplo, Lackner y Carosella, 1999). La ansiedad facilita un aumento de la tensión y, por tanto, de la intensidad del dolor. Inicialmente, la ansiedad, el miedo incluso (Peters, Vlaeyen y Kunnen, 2002), pueden estar asociados a la incertidumbre y el desconocimiento de las causas del dolor, posteriormente, también a la “incapacidad” de los profesionales para encontrar una solución (Vlaeyen y Linton, 2000).

En este sentido, la ansiedad por encontrar una cura a su mal puede llevar al paciente a entrar en una suerte de círculo vicioso de búsqueda y confirmación de sus ideas, en la creencia de que más y mejores procedimientos de valoración y tratamiento son necesarios. Antes ya apuntábamos que la forma como los especialistas y las personas próximas al paciente responden a sus conductas pueden reforzar su miedo y las conductas de evitación, promover la adopción de un cierto rol de enfermo y reforzar la idea de la discapacidad y un estilo de vida pasivo. Los allegados aportan evidencia a favor de los pensamientos del paciente. Si el paciente cree estar discapacitado por el dolor y su pareja, por ejemplo, se muestra extremadamente solícita, esto puede confirmar sus cogniciones erróneas, eliminar la posibilidad de ponerlas en entredicho y fomentar el deterioro físico. También la ansiedad y el malestar emocional pueden mantener la activación autonómica y la tensión, y facilitar la aparición de síntomas nociceptivos que confirmarían la creencia de que algún trastorno (grave) está en la base de su problema de dolor, contribuye a perpetuar el *set* cognitivo negativo e irracional sobre su dolencia.

A medida que el paciente progresa en su búsqueda y el problema se mantiene, es muy posible que aparezcan problemas de depresión, alrededor del 50% de los pacientes con dolor crónico sufren depresión. Este sentimiento de incapacidad para resolver el problema puede provocar cierto desinterés en el propio paciente por recuperarse, o en no aplicarse en cumplir con las prescripciones terapéuticas. La falta de adherencia es una causa fundamental para que el tratamiento no produzca los resultados deseados y propicia la entrada en una suerte de círculo vicioso.

Los repetidos intentos personales, fallidos, por resolver el problema de dolor, la dificultad de los especialistas por encontrar explicaciones a su problema y su incapacidad por tratarlo adecuadamente, unidos a la rabia que puede provocar que nadie entienda cómo puede ser que se queje de dolor cuando todos los especialistas consultados le dicen que no existe base orgánica (real) para sus lamentos, quejas y demandas de atención, pueden generar sentimientos de frustración que acabarán afectando a la experiencia de dolor. Kerns, Rosenberg y Jacob (1994), por ejemplo, encontraron que los sentimientos

de ira de los pacientes daban cuenta de una proporción significativa de las variaciones en las medidas de intensidad de dolor, interferencia del dolor con las actividades habituales, y la frecuencia de conductas de dolor. De forma parecida, Summers, Rapoff, Varghese, Porter y Palmer (1992) encontraron que la ira y la hostilidad explicaban poco más de un tercio de la variancia de la intensidad del dolor en un grupo de pacientes con lesiones lumbares. La ira, la rabia que puede experimentar el paciente en esa situación, con frecuencia se dirige contra los más allegados, aquellos que deberían ser su soporte y ayuda para superar el problema. Aunque, bien es cierto que no tenemos información precisa sobre cómo y hasta qué punto la ira y la frustración personal pueden afectar a la experiencia de dolor, no es descabellado suponer, y en ello estaríamos de acuerdo con Fernandez y Turk (1995), que la ira puede complicar el problema aumentando el arousal autonómico e interfiriendo con la motivación por aceptar y/o seguir determinados tratamientos, más específicamente, aquellos orientados hacia la rehabilitación antes que a la cura del mal.

Chapman, Nakamura y Flores (1999) sugieren que el “dolor resulta de patrones complejos de procesamiento masivo y en paralelo” (p. 45). Estos autores consideran que las cualidades sensoriales y emocionales de la experiencia de dolor se procesan conjuntamente. Específicamente, afirman que “tras un estímulo nocivo (...), se da un procesamiento inconsciente y en paralelo que integra las señales de los nociceptores con otras representaciones cerebrales, así como con distintos recuerdos y asociaciones. Este procesamiento forma un patrón estable de activaciones primarias y asociaciones al que llamamos esquema” (p. 48). Según Chapman et al. (1999), estos esquemas, los esquemas de dolor, se almacenarían en la memoria e incluirían, además de la información relacionada con la estimulación nociceptiva, todas las emociones y sensaciones asociadas que el sujeto procesó en ese momento. Los esquemas no son inmutables sino que están sometidos a cambios, se utilizan para dar sentido a las experiencias vividas, y varían en la medida que cambia la percepción del mundo y de los acontecimientos que en él tienen lugar. El esquema de dolor es, esencialmente, un esquema de malestar. Así, cuando se experimenta dolor se activan las unidades congruentes con el esquema, esto es, de malestar, y aparecen emociones relacionadas como la tristeza, la ira, el miedo, la ansiedad o la desesperación. También puede suceder el proceso inverso. Es decir, al experimentar ciertas emociones negativas, éstas activarían la vertiente sensorial del esquema. Así, una paciente con problemas crónicos de dolor que experimente tristeza ante la pérdida de un ser querido puede llegar a sentir dolor, pues ambos aspectos están fuertemente vinculados y la activación de uno provoca la activación del otro. En este sentido, la propuesta de Chapman et al (1999) es muy parecida a las formulaciones de Katz y Melzack (1999). Precisamente estos autores ya se habían encargado de formular un mecanismo parecido para explicar la experiencia de dolor del miembro fantasma. Katz y Melzack (1990), hipotetizaron que se forman asociaciones somatosensoriales de las que el dolor formaría parte, éstas “una vez creadas, se podrían activar en cualquier momento aunque sólo alguno de sus componentes estuviera presente” (p. 333). Así, aunque el miembro (por ejemplo, un brazo) haya desaparecido, los pacientes pueden

seguir experimentando sensaciones que ubican en aquella zona del cuerpo, dolorosas o no. En estos casos, los pacientes informan que el dolor es real, que lo sienten como tal y que no se trata de un mero recuerdo de experiencias pasadas. Del mismo modo, Chapman et al (1999) sugieren que esquemas cognitivos y afectivos pueden activar los estados de dolor crónico, aún cuando los factores físicos ya no estén presentes.

Acerca de las implicaciones del modelo

En suma, el dolor es un proceso perceptivo cuyo impacto en la vida de las personas depende de una amplia variedad de factores, como el estado de ánimo, el contexto, el soporte social, o los recursos económicos, entre otros. No son, como mantiene el modelo biomédico tradicional, meras reacciones al dolor y, por tanto, aspectos secundarios. Más bien al contrario, se trata de aspectos fundamentales de la naturaleza del fenómeno que tratamos. Las implicaciones prácticas de esta forma de conceptualizar al dolor son muchas e importantes. En primer lugar, para comprender la naturaleza del problema que plantean los pacientes debemos recoger información exhaustiva del conjunto de factores que aquí hemos tratado. Lo mismo sucede con el tratamiento. Efectivamente, cualquier intervención que se base en la perspectiva biopsicosocial deberá ir más allá de solucionar la base fisiológica o biológica del problema, e incorporar toda una serie de factores psicológicos y sociales que sabemos afectan al dolor y a la discapacidad. En este sentido, el tratamiento ha de resolver la patología orgánica de base y, además, ayudar al paciente a recuperar el control sobre su vida, así como a modificar los factores cognitivos, afectivos, conductuales y sociales que actúan sobre la experiencia de dolor. Aunque esta filosofía para la evaluación e intervención en pacientes con dolor crónico sería común para todos los casos, es fundamental elaborar actuaciones, esto es, programas de tratamiento, que superen la uniformidad que a veces se atribuye a los pacientes, adaptándolas a sus características y necesidades. Fundamental es, también, valorar la eficacia de estas intervenciones. Aunque es una empresa difícil, es necesario realizar análisis que nos permitan identificar qué programas de intervención son más efectivos y eficaces. En los capítulos siguientes tratamos estas y otras implicaciones prácticas, y describimos procedimientos que serán de utilidad para todos aquellos dedicados a ayudar a los sujetos con dolor crónico.

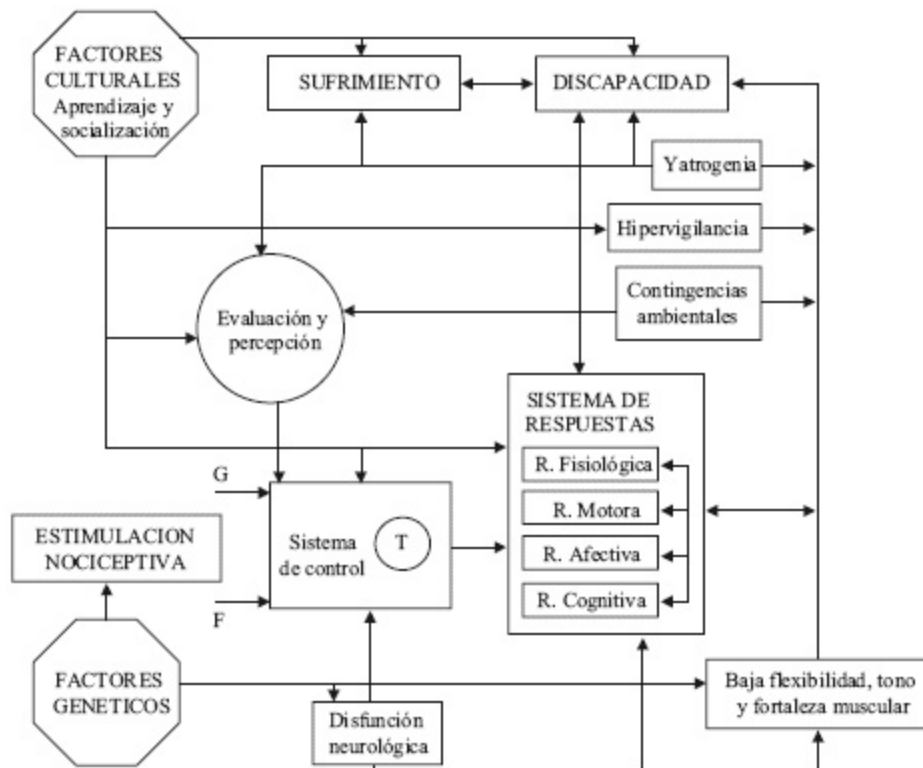


Figura 9. Modelo biopsicosocial de dolor

2

La evaluación de los pacientes con dolor crónico

2.1. Introducción

En el capítulo anterior se mostró cómo las definiciones de dolor actuales han superado los límites impuestos por los modelos fisiológicos de los siglos XIX y XX (véase Merskey y Bogduk, 1994). Es a la luz de esta nueva forma de conceptualizar el dolor que la evaluación del dolor crónico progresa rápidamente, se amplían las áreas consideradas relevantes y se modifican sustancialmente los procedimientos de evaluación al uso. En su forma actual, la evaluación de los pacientes con dolor crónico incluye facetas que aquellas definiciones habían obviado pues quedaban fuera de su ámbito de influencia.

En este trabajo, y en consonancia con los avances realizados en el estudio y tratamiento del dolor, se propone una *evaluación multicontextual* con múltiples niveles y unidades de análisis. Entendemos que, además del nivel físico, la evaluación de los pacientes con dolor crónico debe incluir los niveles cognitivo, afectivo y conductual. En este sentido, ya hemos descrito cómo los procesos perceptivos juegan un papel importante en la configuración del repertorio conductal de las personas, en los procesos de interacción social y, de forma más concreta, en la experiencia y las conductas de dolor. Por ejemplo, una persona puede interpretar que la tensión que siente en la zona lumbar es el aviso preciso de la inminencia de un nuevo episodio de la lumbalgia que tanto le invalida. Y, ante esta perspectiva, decide limitar su actividad pues “sabe” que el reposo le ayuda. En este caso, es la expectativa del paciente sobre su incapacidad para realizar ciertas conductas sin dolor, y no el dolor en sí mismo, quien determina el nivel de actividad. A largo plazo, la inactividad puede provocar cambios físicos importantes que empeorarán, aun más, su problema de dolor y de discapacidad, no en vano la disminución de la actividad física reduce la flexibilidad y fortaleza muscular. Así, cuando el paciente quiera realizar conductas que antes hacía, su menor fortaleza, resistencia y flexibilidad muscular pueden provocar ciertos estímulos fisiológicos que, erróneamente, pudiera interpretar como dolor, y entrar en una suerte de círculo vicioso de evitación conductual –deterioro físico– dolor. En este sentido, existen ciertas evidencias que muestran cómo los pacientes con dolor crónico tienden a exagerar los síntomas físicos y a juzgar erróneamente los niveles de tensión muscular (véase Flor y Birbaumer, 1988). Es más, Pennebaker, Gonder-Frederick, Cox y Hioover (1985) mostraron que una vez el individuo se ha formado ciertas estructuras cognitivas sobre la enfermedad, éstas se hacen estables y son muy difíciles de modificar (ver, también, Flor y Turk, 1988). A la restricción de actividad, se le puede sumar un sentimiento de desesperanza si la persona interpreta que es incapaz de vivir sin dolor. Aunque también es posible que se reaccione con ira, sentimiento que suele ir acompañado de un aumento de la tensión muscular que, si se mantiene con suficiente intensidad y durante suficiente tiempo, provocará un empeoramiento del problema y más dolor.

La interacción entre los factores que actúan en los distintos niveles (físico, conductual, emocional y cognitivo) es compleja y da lugar a múltiples efectos. Justo es, entonces, que los procedimientos de evaluación incorporen estos niveles y consideren las interrelaciones

que se dan entre ellos. Ahora bien, además de abogar por una actuación que considere estos cuatro niveles, proponemos que la evaluación de los pacientes con dolor crónico debe trascender los límites del individuo y abarcar otras unidades de análisis. En páginas precedentes se ha descrito, también, cómo la experiencia de dolor crónico es algo más que un acontecimiento desagradable que sufre una persona, y cómo el contexto físico, incluso la configuración social de ese contexto (pasada, presente y futura), influye en la experiencia. Existen pruebas abundantes de que la selección y emisión de conductas está influida por la presencia real, imaginada o potencial de otras personas. Por ejemplo, la presencia de parejas solícitas facilita la emisión de conductas de dolor del paciente (véase, por ejemplo, los trabajos de Block y Boyer, 1984, y Flor et al., 1987). En este sentido, es ilustrativo el que algunas compañías de seguros, ante la duda de si sus pacientes tienen realmente los problemas que argumentan, lleguen a hacerles un seguimiento sin que ellos lo sepan. En algunos casos, los menos, se han detectado conductas normales, funcionales, en personas que argumentaban graves problemas de movilidad y distintas discapacidades, aunque sólo cuando las personas observadas creían que estaban solas y/o a salvo de miradas indiscretas.

Así, pues, si los factores ambientales, entre ellos la configuración social, contribuyen a determinar la experiencia de dolor crónico, parece lógico proponer su incorporación a los procesos de evaluación. Se trata, entonces, de superar los límites individuales, ampliando las unidades de interés. Desde estas páginas, no es que se abogue por comprobar sistemáticamente si estamos ante un problema de simulación, aunque esto pueda ser necesario en algún caso (muy pocos, en verdad), sino que se trata de analizar qué factores ambientales inciden, y cuáles son los mecanismos responsables de tal influencia.

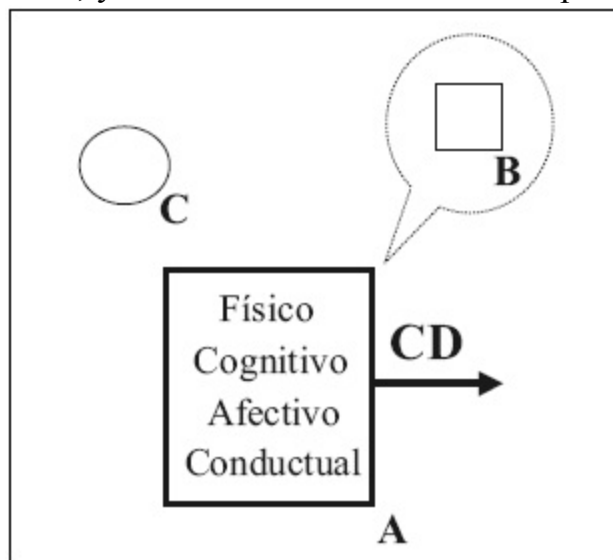


Figura 10. Unidades (individuo, diada, contexto) y Niveles de análisis (físico, cognitivo, afectivo y conductual) para una evaluación multicontextual de pacientes con dolor crónico. A,B,C: configuración social, actores en el contexto físico (p. ej., el hospital). A: paciente, B: profesional que debe certificar la invalidez, no está presente en la sala, C: pareja del paciente, CD: conductas de dolor

En suma, aunque los componentes físicos (sensoriales) sean un factor clave para la

configuración de la experiencia de dolor crónico del paciente, la evaluación no se debe restringir a ese nivel. Como apuntábamos, toda evaluación de pacientes con dolor crónico debe incluir, también, los aspectos emocionales, las actitudes ante el dolor, las cogniciones, las estrategias de afrontamiento y otros recursos disponibles para hacerle frente, ya sean personales individuales o sociales, las respuestas de los demás ante el dolor, así como el impacto del dolor en la vida de las personas, paciente y allegados. En definitiva, la evaluación de la experiencia de dolor crónico debe estudiar un conjunto amplio de parámetros que incluyen, pero que no están limitados a: nocicepción, dolor, conductas de dolor, discapacidad y sufrimiento. Lo que se propone es, pues, *evaluar a la persona*, y no centrarse exclusivamente en el problema de dolor.

La evaluación de los pacientes con dolor crónico requiere de los conocimientos y de las habilidades de distintos profesionales, entre ellos los psicólogos. En general, el estudio de las características físicas del problema corresponde a los profesionales de la medicina que intervienen en estos casos (por ejemplo, anestesistas, neurólogos, traumatólogos, neurocirujanos). Es a estos profesionales a los que les pertenece el discurso sobre la nocicepción y sus condicionantes, tal como señala Penzo (1989). El psicólogo aporta otros conocimientos, tiene un discurso propio, distinto, fundamental. Su contribución está relacionada con otros niveles de análisis, distintos del físico. En las páginas que siguen nos vamos a centrar en las técnicas, estrategias y procesos que se emplean en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico.

2.2. Acerca de la contribución del psicólogo a la evaluación de pacientes con dolor crónico: aspectos generales

¿Cuándo está indicada una evaluación psicológica?

Tradicionalmente, la evaluación psicológica de los pacientes con problemas de dolor crónico se ha recomendado 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 se sospecha que los factores psicológicos y sociales influyen significativamente en el problema de dolor. Por ejemplo, en casos en los que el paciente muestra síntomas claros de encontrarse bajo un malestar considerable (depresión), en aquellos en los que el dolor interfiere de forma importante en la vida diaria del paciente, si afecta negativamente a las relaciones con familiares, amigos y/o compañeros de trabajo, y se observan claras conductas de evitación, cuando la ira y la frustración han tomado el control de las acciones del paciente, o cuando éste se encuentra en un estado de dependencia, sea a analgésicos, sedantes, alcohol u otro tipo de drogas. Igualmente, también es aconsejable en aquellos casos en los que el paciente muestra una autoestima y expectativas de eficacia personal muy bajas, y en casos en los que hace un uso abusivo del sistema de salud, con continuas búsquedas de especialistas y pruebas médicas de exploración y diagnóstico, así como de intervenciones para paliar el problema. En términos generales, se puede decir que una evaluación psicológica estará indicada en todos los casos de dolor crónico.

Tabla 8. Objetivos de la evaluación psicológica de pacientes con dolor crónico

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

realizados.

13. Valorar la satisfacción de los familiares con el tratamiento y los progresos del paciente.
14. Seguimiento de los progresos del paciente.

¿Para qué sirve?

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 de dolor. Así, la pregunta que el profesional deberá contestar no es si el dolor está en la cabeza del paciente, si no si existen factores psicológicos y sociales que estén contribuyendo al mantenimiento del problema de dolor y de la discapacidad del cliente, cuáles son, cómo actúan y qué recursos y posibilidades existen para facilitar el cambio. La tabla 8 presenta una lista de objetivos relacionados con la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico.

¿Cómo proceder?

Destacar la importancia de establecer una relación terapéutica positiva, cordial, empática, no deja de ser una obviedad. Pues, efectivamente, así debiera ser en todos los casos, lo contrario aboca la intervención al fracaso más rotundo. Siendo una obviedad, la traemos a colación porque la relación de este tipo de pacientes con el psicólogo es un tanto especial, sobre todo al principio, y requiere de una cierta preparación.

En efecto, son pocas las personas con un problema de dolor crónico que acepten, sin más, la intervención de un psicólogo. La mayor parte de las veces los pacientes se muestran reacios a visitar al psicólogo, no ven la necesidad. Tampoco debe extrañar que así sea, pues, en general, se considera al dolor un fenómeno físico, de solución estrictamente médica. Al ser atendidos por un psicólogo, algunos pacientes pueden llegar a creer que no se les toma en serio, que los profesionales (médicos) consideran que tienen un trastorno mental (“creen que me he vuelto loco”), que su problema está sólo en su cabeza, que el dolor no es real y sólo lo están imaginando (“creen que me lo estoy inventando”), quizás que son un caso sin solución y que “el sistema” les aparta para dar cabida a otros. Por tanto, entendemos que la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico debe ir precedida de una cierta preparación. De lo que se trata es, precisamente, de facilitar el proceso y evitar mal entendidos, errores de concepto que pudieran ocasionar una actitud defensiva y de no cooperación. A esta preparación puede contribuir, y mucho, la propia actitud del médico y sus explicaciones sobre la necesidad, la conveniencia, o la oportunidad de visitar al psicólogo.

Las más de las veces, la evaluación es individual. Sin embargo, es fundamental mantener entrevistas con familiares y/o amigos del paciente, personas significativas que pueden aportar información adicional sobre el problema, una información que resultará vital para el tratamiento. En algunos casos, la participación de personas significativas incluso se ha llegado a plantear como una condición *sine qua non*, para ser admitido al programa de tratamiento (véase Loeser y Egan, 1989).

¿Qué instrumentos emplear?

En general, se utilizan autoregistros, distintos tipos de cuestionarios, así como la observación directa de la conducta. Con excepción de la historia clínica y la entrevista, el resto, todo es opcional, y su utilización depende del grado de precisión que se busque, así como de la orientación terapéutica y el contexto en el que se trabaja. El dolor, además de ser 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. En este sentido decimos que es único y que sólo se puede evaluar indirectamente, unas características que condicionan la forma y los procedimientos utilizados para su evaluación. En cualquier caso, y siguiendo las recomendaciones de Chapman y Romano (2001), los instrumentos específicos para la evaluación de estas personas deberán: (1) ocasionar los menos problemas posibles, no deben representar un trastorno para los pacientes, (2) ser comprensibles, (3) mostrarse válidos, fiables, a la vez que sensibles a los efectos de los tratamientos, sean farmacológicos o psicológicos, y (4) disponer de normas estandarizadas.

Antes de entrar en más detalles, conviene remarcar que el dolor crónico requiere de un abordaje multidisciplinar. Así, pues, la actividad del psicólogo encargado de evaluar (y tratar) pacientes con dolor crónico debería darse en un contexto de colaboración multidisciplinar. Si ésta tiene lugar en las clínicas de dolor de los hospitales, la colaboración es muy fácil, en realidad es la base del protocolo de actuación del equipo. Ahora bien, si el psicólogo trabaja en un despacho profesional independiente, deberá estar en contacto y buscar la colaboración de especialistas en áreas distintas, complementarias, por ejemplo, neurólogos, traumatólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. Si bien esto es cierto para los psicólogos, el argumento también resulta válido para los profesionales médicos, como bien señalan Vallejo y Comeche (1994), así como para cualquier otro profesional implicado en la evaluación y tratamiento de estos pacientes.

En lo que resta de capítulo se presentan algunos de los instrumentos y procedimientos más utilizados en la evaluación de adultos con problemas de dolor crónico.

2.3. Técnicas e instrumentos que se utilizan en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico

2.3.1. La entrevista

El primer contacto del paciente con el clínico suele tener lugar durante la entrevista y, como tal, resulta fundamental para todo el proceso terapéutico. Durante la entrevista se postulan expectativas, plantean objetivos y formulan pronósticos. La perspectiva teórica del clínico, y/o de la institución donde trabaja, ejercen una clara influencia en la naturaleza, objeto, planificación y desarrollo de la entrevista. Así, el tipo de entrevista varía en cuanto a estructura, pero también en cuanto al proceso, la amplitud, los objetivos y la información recogida.

Podemos encontrar descripciones más o menos extensas de formatos de entrevista en la literatura. Getto, Heaton y Lehman (1983), por ejemplo, presentan una de las escasas entrevistas estructuradas que se han publicado para este tipo de pacientes. La descripción que ofrecen Turk, Meichenbaum y Genest (1983) es, sin duda, la más completa, también es una de las más conocidas. Se trata de un procedimiento de entrevista que forma parte integral de su programa de tratamiento. Precisamente, las indicaciones que presentamos para la realización de la entrevista se basan en sus recomendaciones, y en nuestras experiencias con este tipo de pacientes.

Consideramos que la entrevista semiestructurada es la forma más pertinente de proceder en este caso. Entre otras cosas, disponer de un protocolo facilita el trabajo del clínico, permite recoger la información fundamental y asegurarse que todas las áreas consideradas relevantes han sido cubiertas (véanse también los comentarios de Bradley, McDonald y Jaworski, 1992; Kerns y Jacob, 1992; Loeser y Egan, 1988).

Tabla 9. Items de la entrevista estructurada de Getto Heaton y Lehman (1983)

1. Duración del dolor
2. Cuestiones legales y compensaciones económicas relacionadas con el problema
3. Acontecimientos estresantes importantes previos a la aparición del dolor
4. Acontecimientos estresantes importantes anteriores a agravamientos del dolor
5. Acontecimientos estresantes importantes anteriores a la evaluación del dolor
6. Estresores relacionados con el dolor que el paciente evita
7. Intervenciones quirúrgicas relacionadas con el problema de dolor
8. Hospitalizaciones relacionadas con el dolor (meses)
9. Visitas al médico de familia
10. Medicación que utiliza actualmente para contrarrestar el dolor
11. Conducta de dolor en el hogar

12. Tipo y cantidad de refuerzos por la emisión de conductas de dolor
13. Conductas incompatibles con el dolor
14. Horas del día que se pasa estirado por el dolor
15. Reducción de las responsabilidades familiares
16. Historia laboral previa al problema de dolor
17. Cambios en la situación laboral tras la aparición del dolor
18. Planes en el caso de que el dolor disminuya
19. Problemas médicos incapacitantes y/o dolorosos de al menos un mes de duración previos a la aparición del problema
20. Visitas médicas antes del problema de dolor
21. Modelos de enfermedad en la familia
22. Historia de abuso de alcohol
23. Conducta de dolor durante la entrevista

Nota. Adaptado con permiso de Getto et al. (1983). Copyright 1983 Raven Press.

Antes planteábamos la necesidad de establecer una buena relación terapéutica, disipar temores y superar malos entendidos. En este sentido, y en consonancia con tal objetivo, aconsejamos empezar la entrevista recogiendo información sobre el dolor. Así, preguntaremos por la historia del problema, las zonas afectadas y las variaciones temporales en intensidad y frecuencia. Para facilitar algunas de las respuestas, podemos pedir al paciente que nos describa el curso del dolor en un día o semana típicos. También interesa conocer las circunstancias en las que surge. Por ejemplo, si el dolor apareció tras un accidente de tráfico, sería conveniente indagar las características del accidente, cómo ocurrió, qué sucedió después, qué otros problemas, además del dolor, aparecieron. Igualmente, recogemos información sobre la medicación, así como de otras formas de tratamiento que se hayan utilizado o se estén utilizando, los resultados obtenidos y los problemas detectados. Interesa saber los motivos por los cuales se abandonaron los tratamientos.

Es primordial, asimismo, conocer las expectativas del paciente, y las de sus familiares también: “¿cómo se ve usted en los próximos meses, dentro de un año...?” Las respuestas a estas preguntas nos aportan información básica sobre su motivación, deseos, objetivos, más aún, sobre algunas cogniciones distorsionadas, pensamientos erróneos acerca de su condición física y de su capacidad y/o habilidad para controlar y superar el problema.

Debemos identificar cómo afecta el dolor a su vida, qué cambios se han producido como consecuencia del dolor. En este sentido, la pregunta “¿cómo sería su vida si no tuviera este dolor?” siempre nos ha dado buenos resultados.

Los cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, como consecuencia del dolor, deben ser investigados en detalle. Recomendamos recoger el máximo de información sobre estos aspectos, tanto desde el punto de vista del paciente como de sus allegados. Cambios en la calidad y cantidad de tiempo que pasa con hijos, pareja, y otras

personas significativas de su entorno, y en aspectos importantes de esas relaciones (por ejemplo, cantidad y calidad de interacciones con los hijos, relaciones sexuales, sentimientos respecto de la pareja). También nos importa conocer las vías a través de las cuales el paciente informa de su estado a los demás, y de cómo éstos responden a sus muestras de dolor y sufrimiento. Hemos encontrado de particular utilidad la fórmula siguiente: “Si fuera una mosca y me encontrara en la habitación en la que usted está..., ¿qué es lo que le oíría decir y vería hacer, cuando siente dolor? Una estrategia que nos sugirió Bill Fordyce, de quien tomamos prestada.

Una evaluación comprehensiva ha de incluir un apartado dedicado a la evaluación de trastornos psicológicos. Sin embargo, sólo entraremos a valorar estas cuestiones cuando hayamos realizado una exhaustiva recogida de información de los asuntos detallados antes. La depresión es uno de los problemas más habituales y debería ser evaluada de forma rutinaria. También deberemos recoger información sobre aspectos como fatiga, insomnio, pérdida de interés por las cosas, incluso la existencia de ideación suicida. Evaluaremos la presencia de ansiedad, la existencia de un trastorno por estrés postraumático, incluso de demencia, en los pacientes de mayor edad.

Los aspectos afectivos, emociones y sentimientos, aunque difíciles de elaborar para muchos de estos pacientes, son de importancia para el diseño del tratamiento. A veces, hemos encontrado útil proporcionar a los pacientes la posibilidad de escoger entre dos sentimientos. Por ejemplo, podemos decir: “a lo largo de nuestra experiencia hemos comprobado que las personas que se encuentran en su misma situación, con un problema de dolor como el que usted manifiesta, empiezan a experimentar ciertos sentimientos negativos sobre su situación. A menudo se sienten algo ansiosos, a veces también manifiestan cierta desesperación. ¿Cuál de estos sentimientos experimenta usted con más frecuencia?”. A partir de aquí resulta más fácil explorar esta área, sugerimos seguir con fórmulas como: “explíqueme algo más sobre esto”, “... y del otro sentimiento que mencionaba ¿qué puede decirme...?”.

Nuestra entrevista debería incorporar la evaluación de la historia laboral del paciente. Nos interesa averiguar si existía algún problema con el trabajo antes de la aparición del problema, si lo existe ahora y cuáles pueden ser sus causas, en qué medida el dolor afecta a su capacidad de trabajo, qué implicaciones legales existen en su caso, y si percibe algún tipo de pensión por invalidez, o tiene una baja transitoria.

Resulta habitual entrevistar a allegados, personas significativas en la vida del paciente, sea su pareja, padres, amigos, etc. Se trata de una información muy importante, amplía la que aporta el paciente y permite considerar otros puntos de vista relativos al problema. Sobre todo, aporta detalles de cómo y en qué medida el dolor afecta a la relación con los demás. En cualquier caso, no se trata de corroborar la información que nos aporta el paciente. La tabla 11 presenta, de forma general, aspectos a incorporar a la entrevista, de los allegados del paciente.

Antes de terminar la entrevista, conviene brindar la posibilidad para que el paciente aporte información adicional sobre su problema, o entre en detalles sobre cualquier aspecto que considere relevante para comprender su caso, cuestiones que no hayan sido

tratadas suficientemente. Debemos ofrecer la oportunidad para que plantee cualquier duda que pueda tener, incluso sobre nuestra propia función en su caso. Además, si el paciente va a seguir un tratamiento bajo nuestra supervisión, es aconsejable utilizar la parte final de la entrevista para prepararle para las fases siguientes del proceso. En la sección sobre tratamiento, analizamos estos aspectos con cierto detalle.

Tabla 10. Aspectos de la entrevista del paciente

- I. Historia y situación actual de la experiencia de dolor
 1. Aparición y curso
 2. Situación actual: patrones temporales y factores que le afectan
- II. Conceptualización del problema de 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 del dolor en las relaciones de pareja
 3. Conducta del paciente cuando siente dolor
 4. Respuesta/s de sus allegados a sus conductas 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 de 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 de dolor, consumo de alcohol y drogas, historia de abusos.
 2. Historia matrimonial
 3. Situación de la relación matrimonial actualmente

VI. Consumo de alcohol y drogas

1. Alcohol: cantidad de consumo (histórica y actual)
2. Drogas: cantidad de consumo (histórica 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).

Tabla 11. Areas a considerar en la entrevista de personas significativas del paciente

1. Historia del problema de dolor: aparición, cambios, fluctuaciones, existencia de patrones característicos.
2. Historia de los tratamientos: tipos, efectos, causas de los malos resultados
3. Uso de medicinas, alcohol y otras sustancias para controlar el dolor
4. Expectativas sobre el tratamiento (y objetivos)
5. Modelo explicativo, teoría sobre el problema del dolor
6. Nivel de actividad y tipos de actividades que realiza el paciente
7. Cambios en las actividades del paciente como consecuencia del dolor
8. Cambios en las actividades de familiares, amigos, etc., como consecuencia del dolor
9. Conductas del paciente cuando siente dolor
10. Respuestas de los allegados a las muestras de dolor del paciente
11. Respuestas de los allegados a conductas adecuadas (incompatibles con las conductas de dolor)
12. Efectos del problema de dolor en la vida familiar y de pareja (cambios en las relaciones familiares, en la pareja y sexuales, y en el estado de ánimo).
13. Acontecimientos traumáticos y estresantes pasados, y vinculación con el problema de dolor y/o efectos observados.
14. Presencia de problemas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés, problemas cognitivos, etc.).

2.3.2. Evaluación de la intensidad del dolor

La forma más habitual de medir la intensidad subjetiva del dolor implica la utilización de escalas unidimensionales, concretamente: escalas categoriales, numéricas y analógico-visuales (Jensen y Karoly, 1992).

Escalas Categoriales (EC)

Consisten en una serie de palabras dispuestas en orden creciente o decreciente de intensidad. El sujeto debe escoger de entre esas palabras la que corresponde o mejor define su dolor. El número de palabras (o de niveles de intensidad) que recogen estas escalas varía mucho, existen escalas de 4 (Seymour, 1982) y hasta de 15 adjetivos (Gracely, McGrath y Dubner, 1978). Por ejemplo:

Ningún dolor	Extremadamente débil
Un poco	Muy débil
Bastante	Débil
Mucho	Muy suave
	Suave
	Muy moderado
	Ligeramente moderado
	Moderado
	Levemente fuerte
	Ligeramente intenso
	Fuerte
	Intenso
	Muy fuerte
	Muy intenso
	Extremadamente intenso

A cada palabra se le asigna un número en relación con su nivel de intensidad, de tal manera que el adjetivo de menor intensidad tiene la puntuación 1, el siguiente la puntuación 2, y así sucesivamente hasta el final. De este modo, el número asociado al adjetivo que se haya escogido, representaría el valor de intensidad del dolor para esa persona.

Una alternativa a las escalas que emplean descriptores verbales (adjetivos) son las escalas que utilizan expresiones faciales. En ocasiones, también se utilizan escalas con dibujos que incorporan objetos familiares de distinto tamaño, tales como monedas o frutas. Parece que este tipo de procedimiento resulta efectivo con ancianos, pacientes con limitaciones en el lenguaje o fluidez verbal, los muy jóvenes o con escasa o nula educación.

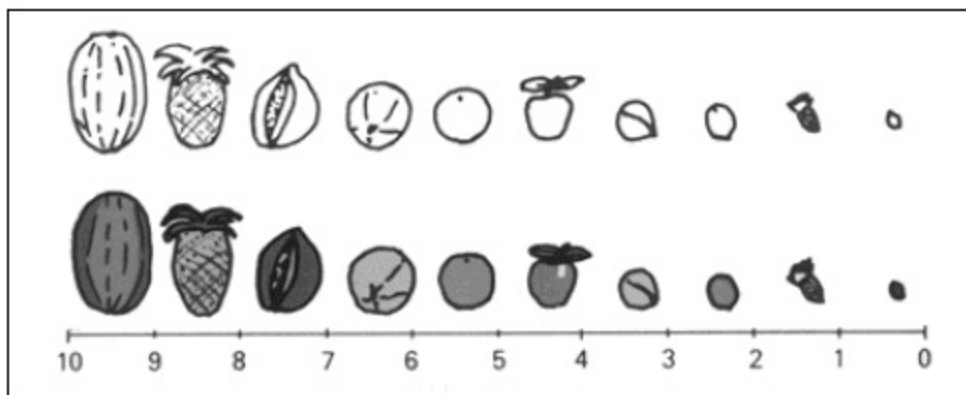


Figura 11. Escala frutal-análoga

Escalas Numéricas (EN)

En este tipo de escalas, el paciente debe elegir un número comprendido entre el 0 y el 10 o el 100, donde 0 sería “ningún dolor” o “ausencia de dolor” y el extremo opuesto, 10 ó 100, “el peor dolor posible” o “el dolor más intenso imaginable”.

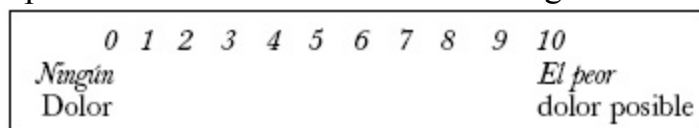


Figura 12. Escala numérica

En algunos casos, estas escalas también se utilizan para evaluar la desagradabilidad o la aversividad, esto es, el componente afectivo, de la experiencia de dolor.

Escalas Analógico-Visuales (EAV)

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 se corresponda con la intensidad de su dolor, teniendo como referencia que el punto de inicio de la línea corresponde a la ausencia de dolor. Generalmente, los extremos de la EAV están cualificados con expresiones semejantes a las indicadas para las EN. Y, al igual que la escalas numéricas, las EAV también se utilizan para evaluar el componente afectivo.

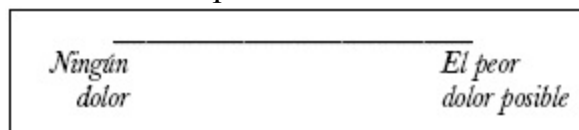


Figura 13. Escala analógico-visual

Análisis Comparativo

Las EC son muy simples de utilizar, han demostrado su validez como indicadores de la intensidad del dolor, se muestran sensibles a los efectos de los tratamientos, y el uso de los descriptores verbales no parece relacionarse con la edad, el sexo, la educación ni el estatus socioeconómico (Bradley, 1988). Sin embargo, la cuantificación de las respuestas puede resultar problemática (Tamburini, Selmi, Conno y Ventafrida, 1987). Primero, no existe una seguridad que las personas que las vayan a utilizar conozcan los términos que allí se emplean ni siquiera que les atribuyan el mismo significado. Otra crítica frecuente tiene que ver con el hecho de asumir que los intervalos entre adjetivos sean iguales (Bradley, 1989; Hefft y Parker, 1984). Además, se trata a los datos ordinales como si

fueran de intervalo o de razón, y se analizan estadísticamente como tales, utilizando técnicas paramétricas en vez de las no paramétricas más apropiadas en este caso (Jensen y Karoly, 1992), si bien parece que si las categorías son cinco o más, entonces el problema dos-minuye (Rasmussen, 1989). En ocasiones, las EAV han sido utilizadas para superar estas deficiencias (Hefft y Parker, 1984). Las EAV tienen a su favor que permiten reproducir la experiencia de dolor a lo largo del tiempo (Price, McGrath, Raffi y Buckingham, 1983) y ser muy sensibles al cambio (Linton, 1985), aunque hay autores que cuestionan este último aspecto (véase Bradley, 1988). Además, muestran relaciones positivas con otras medidas de la intensidad de dolor (Price, Harkins y Baker, 1987) y tienen un mayor número de categorías de respuesta, si las comparamos con las EC, por ejemplo. Sin embargo, las EAV presentan, a su vez, algunas limitaciones importantes. Primero, se tarda más en valorar las respuestas de los pacientes que con las otras escalas, más aún, se pueden dar errores en el proceso de medición de las marcas de los pacientes. Parece que para algunos sujetos resultan de difícil comprensión. Aunque el porcentaje no es elevado, alrededor del 10% de los pacientes, éste no se distribuye uniformemente, el problema se plantea, fundamentalmente, con niños y ancianos (Carlsson, 1983).

En cuanto a las EN, cabe decir que se suelen preferir a las verbales porque son más fáciles de entender y utilizar que las EAV, además proporcionan una más amplia gama de estimaciones que la mayoría, son más sensibles y resultan muy fáciles de administrar y valorar (Karoly y Jensen, 1987; Penzo, 1989). La validez de las EN está ampliamente documentada en la literatura (Karoly y Jensen, 1987), también tenemos muestras de su sensibilidad al efecto de los tratamientos (Linton, 1985), incluso del alto porcentaje de cumplimiento por parte de los pacientes (Jensen, Karoly y Braver, 1986).

Los trabajos comparando los resultados de las diferentes escalas son escasos. En general, sin embargo, las puntuaciones obtenidas por las escalas que hemos comentado, registran correlaciones significativas. Por ejemplo, Huskisson (1976) obtuvo unas correlaciones entre 0.59 y 0.86 al comparar la información que recogía mediante sendas EC, EAV y EN. Linton (1985) informa de un índice de correlación de 0.80 al contrastar datos de una EAV y una EC. Jensen et al. (1986) han presentado el informe más completo de los que se han publicado hasta la fecha. Jensen y colaboradores compararon 6 escalas distintas para evaluar la intensidad del dolor en pacientes con problemas crónicos. Específicamente, compararon los datos de una EAV, dos tipos de EN (una con extremos 0 y 100, la *101-point Numerical Rating Scale*, NRS-101, y otra con extremos 0 y 10 y en la que, a diferencia de lo que es habitual en este tipo de escalas, los números estaban dentro de unos pequeños recuadros, la *11-point Box Scale*, BS-11), una EC en la que habían incluido descripciones para cada una de las categorías (la *6-point Behavioral Rating Scale*, BRS-6) y, por último, dos tipos de EG consistentes en una lista de adjetivos que describían diferentes niveles de dolor, una de ellas con cuatro términos y la otra con cinco (la *4-point Verbal Rating Scale*, VRS-4, y la *5-point Verbal Rating Scale*, VRS-5). Los resultados de este estudio muestran que todas las escalas son muy similares tanto en la tasa de respuestas incorrectas como en términos de validez de constructo. Aún así, Jensen et al. (1986) aconsejan utilizar la NRS-101 porque, primero, es

extremadamente simple de administrar y corregir y puede ser administrada escrita o verbalmente. Por tanto, una clara ventaja sobre la EAV, que sólo puede ser evaluada de forma escrita, y requiere de dos procesos de puntuación, y la B-11 que solamente puede ser administrada por escrito. En segundo lugar, la NRS-101 tiene 101 posibles categorías de respuesta, superando, con creces, la limitada cantidad de las BS-11, VRS-4, VRS-5 y BRS-6, y tercero, a diferencia de la EAV no parecen encontrarse dificultades con la edad (véase también Jensen, Karoly, O’Riordan, Bland y Burns, 1989).

Recientemente, Poulain, Langlade y Goldberg (1997) han propuesto combinar los datos procedentes de EAV, EC y EN y obtener lo que llaman “Puntuación Global de Dolor” (*Global Pain Score*, GPS). Consideran que con esta combinación se consigue una mayor fiabilidad y consistencia en las mediciones. El rango del GPS de Poulain et al. (1997) va desde 0, que indica que no hay dolor, hasta 10 que señalaría el dolor máximo. Algunos autores consideran que el GPS puede ser particularmente útil en situaciones en las que no hay oportunidad para realizar evaluaciones muy extensas (Eimer y Freeman, 1998). El GPS es el resultado de la suma aritmética de 3 índices, que resulta de las acciones siguientes:

1. Escala Analógico Visual. Se compara la valoración actual del dolor con otra anterior, y se asigna una puntuación de “0” si el valor de la EAV actual es menor, un “1” si no hay cambio, y un “2” si se registra un aumento.
2. Escala Categorical. Se solicita al paciente que valore su intensidad actual del dolor considerando la siguiente escala: “sin dolor” = 0, “dolor suave” = 1, “dolor moderado” = 2, “dolor severo” = 3 y “dolor extremo” = 4.
3. Porcentaje de mejoría. Se pide al paciente que informe de la mejora que ha experimentado gracias al tratamiento. La escala es como sigue: “0% a 30%” = 4, “30% a 49%” = 3, “50% a 79%” = 2, “80% a 99%” = 1 y “100%” = 0.

Así, por ejemplo, a una persona que una vez realizado el tratamiento manifiesta que el nivel actual de dolor es suave (EC, valor en GPS=1), que se trata de un dolor de una intensidad menor (EAV, valor en GPS=1), y que el porcentaje de mejoría está en torno al 85% (valor en GPS=1), se le asigna un valor de GPS de 3.

2.3.3. El dibujo de dolor

El dibujo de dolor es una forma fácil y rápida, eficaz, de recoger información sobre la localización del dolor. La forma de hacerlo es bastante simple, 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 les presentan, no obstante las instrucciones de cómo hacerlo pueden variar. Por ejemplo, Melzack (1975) pedía que los pacientes reflejasen si el dolor era superficial o, en cambio, estaba localizado en zonas internas, escribiendo la letra E (del inglés *external*) o I (interno). Ransford, Cairns y Mooney (1976), en cambio, pedían a sus pacientes que señalaran cuatro características

del dolor en sus dibujos: “—” para indicar entumecimiento, “oo” para indicar pinchazos o agujoneo, “xx” para indicar quemazón y “//” para indicar un dolor como si fueran “puñaladas”. La forma más habitual es pedir al paciente que coloree, marque o rellene las áreas del dibujo que se correspondan con las zonas de su cuerpo en las que siente dolor.

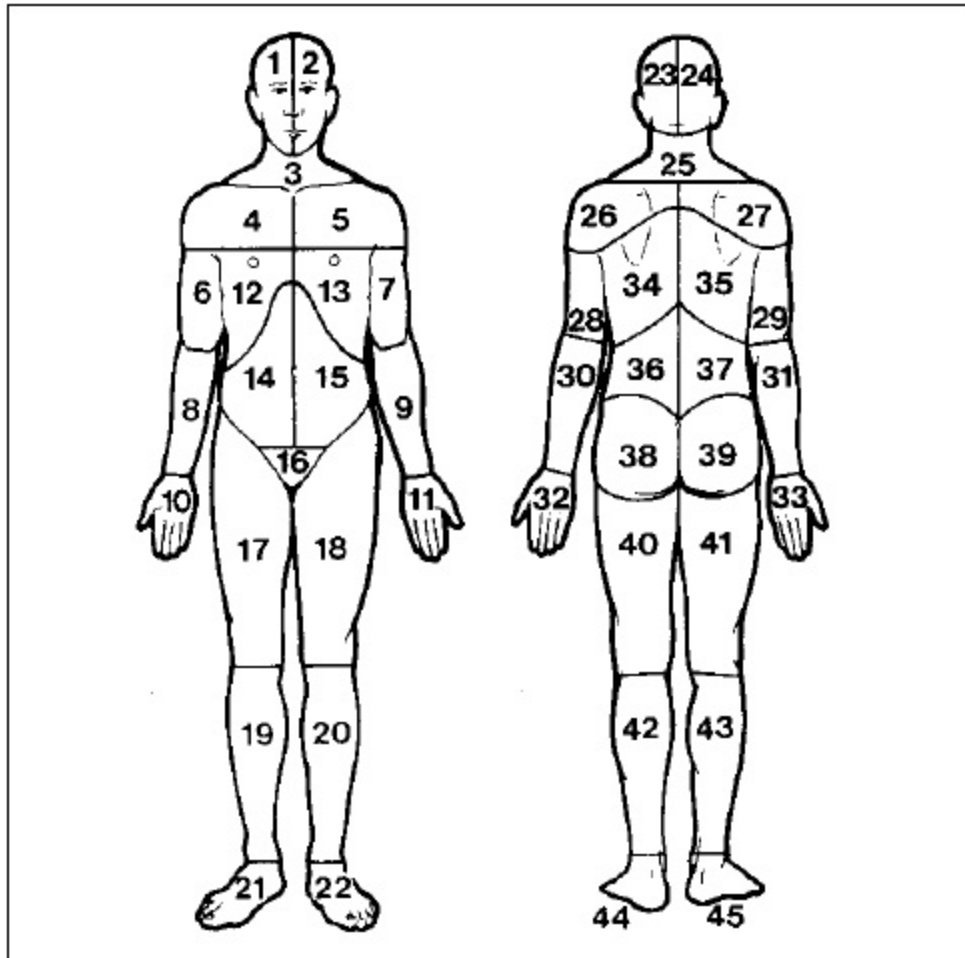


Figura 14. El dibujo de dolor

Toomey, Gover y Jones (1983) dividieron el dibujo del cuerpo en 32 regiones y pidieron a un grupo de pacientes que marcaran las zonas de su cuerpo afectadas por el dolor. Estos autores relacionaron el número de áreas marcadas con distintos parámetros de dolor. Sus datos mostraron un buen número de correlaciones significativas. Por ejemplo, algunos indicadores del *McGill Pain Questionnaire*, tales como el número de palabras escogidas o el índice total, así como con la interferencia del dolor con las actividades diarias, o el uso de medicación. Parece que la fiabilidad del dibujo de dolor es adecuada. Según Margolis, Chibnall y Tait (1988) la estabilidad test-retest es elevada y se mantiene inalterada aun en periodos de tres meses. Aunque algunos investigadores sugieren que la forma como se completa el dibujo puede servir para detectar psicopatología (Ransford et al., 1976; Tait, Chibnall y Margolis, 1990), los datos publicados no permiten conclusiones definitivas. Sin duda, este extremo todavía requiere de confirmación.

2.3.4. El diario de dolor

Probablemente, Fordyce y colaboradores fueron los primeros en utilizar este tipo de instrumento con pacientes aquejados por dolor crónico (Fordyce, Fowler, Lehmann, DeLateur, Sand y Trieschmann, 1973). Desde entonces, el diario de dolor se ha convertido en uno de los procedimientos de evaluación más ampliamente utilizados por clínicos 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 la ingesta de medicamentos. Por ejemplo, Fordyce y colaboradores pedían a sus pacientes que recogieran información sobre el tiempo que pasaban en cada una de las posiciones siguientes, durante las horas que permanecían despiertos: estirados, de pie/andando o sentados. También debían anotar la realización o no de distintas actividades, concretamente: visitar a familiares u otras personas (o recibir visitas), participar en salidas y en actividades en casa. De forma más reciente, Fordyce y colaboradores (Fordyce, Shelton y Dundore, 1982) describen un diario en el que los pacientes deben registrar, cada hora, durante una o dos semanas, toda la medicación consumida, el tipo y la dosis, así como las actividades realizadas, la posición que adoptan (estirados, sentados, andando o sentados) y la intensidad del dolor.

El diario se debe rellenar tantos días como terapeuta y cliente consideren oportuno. Los pacientes deben recoger información en diferentes momentos del día, tanto si tienen dolor como si no lo tienen.

Nosotros utilizamos un diario creado a partir de los descritos por Fordyce y colaboradores, es el que proponemos aquí. Concretamente, pedimos a los pacientes que informen de la intensidad de dolor, utilizando una escala numérica con extremos 0 y 100, el tipo y la dosis de medicamentos consumidos para mitigar el dolor, y la realización de determinadas actividades a lo largo del día.

Algunos estudios muestran que los pacientes suelen informar, a la baja, sobre la cantidad de medicación que utilizan (véase Kremer, Block y Atkinson, 1983). Otros trabajos, en cambio, dan cuenta de correlaciones positivas entre los diarios del paciente y los de su pareja, por ejemplo, en cuanto al tiempo que pasan estirados, andando o sentados, y la cantidad de píldoras que toman contra el dolor (Follick, Ahern y Laser-Wolston, 1984).

Más allá de los problemas que algunos atribuyen al diario de dolor, queremos destacar que, en general, la información que aportan los pacientes en los diarios resulta suficientemente representativa. Los diarios son útiles para detectar pautas regulares, patrones, en cuanto a la intensidad del dolor, por ejemplo. Algunos diarios pueden mostrar que el dolor es más intenso en algunos momentos del día, o en algunos días de la semana, en tal caso, se debería explorar con el paciente las causas de este perfil. A veces muestran que la intensidad del dolor fluctúa, y que lo hace con la ejecución de algunas actividades. Y disponer de este tipo de información nos ha de permitir identificar situaciones, personas y/o ejercicios o actividades que el paciente encuentra

particularmente estresantes y dolorosos. El diario de dolor también aporta información sobre el uso de la medicación. No es extraño encontrar casos de abuso o de mal uso de los medicamentos. Igualmente, los datos del diario permiten identificar si existen problemas derivados de cierto deterioro físico del sujeto, problemas de discapacidad. Es probable que una persona que pasa un gran número de horas sentada o estirada, necesite un programa de rehabilitación para mejorar su estado físico general, esto es, aumentar la fuerza, resistencia y elasticidad muscular.

Instrucciones:

Al completar el diario de cada día, por favor tome nota de la hora redondeándola al cuarto de hora.

Por favor registre la cantidad y tipo de medicación 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	Sentado		Andando y de pie		Echado		Medicación		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:	Echado:	Escala de dolor: 0 = sin dolor; 100 = dolor insoportable					

Figura 15. El diario de dolor

2.3.5. El cuestionario de dolor de McGill

El Cuestionario de Dolor de McGill (*McGill Pain Questionnaire*; MPQ; Melzack, 1975) es el primero que se diseñó específicamente para el estudio del dolor. Publicado por Melzack en 1975, está conceptualmente vinculado a la *teoría de la compuerta* (Melzack y Wall, 1965).

La primera forma del instrumento fue creada por Melzack y Torgerson (1971) en base a los trabajos pioneros de Titchener (1920) y, sobre todo, de Dallenbach (1939) quién ya había elaborado una lista de adjetivos que describían cualidades diferentes del dolor. Se trataba de una lista formada por 44 adjetivos, clasificados en grupos, que describían el curso temporal de la experiencia, su distribución espacial, las cualidades de presión, el estilo afectivo o hacían referencia a atributos puramente cualitativos. A los adjetivos de Dallenbach, Melzack y Torgerson (1971) añadieron otros procedentes de la literatura clínica sobre dolor, hasta alcanzar un total de 102 y que ordenados alfabéticamente fueron presentados a médicos, pacientes, estudiantes y personal sanitario en general, para

que los clasificaran en función de su afinidad y de la intensidad. De esa clasificación y depuración de los adjetivos con significados similares, se elabora el Cuestionario de Dolor de McGill. Finalmente, la lista quedó reducida a 78 adjetivos. El cuestionario los presenta reunidos en 20 grupos que constituyen 4 categorías. Las 3 primeras representan las diferentes dimensiones que comprende la experiencia de dolor siguiendo el modelo de la compuerta. La cuarta categoría está formada, principalmente, por términos de carácter sensorial. Concretamente, las dimensiones son:

1. *Sensorial*: comprende los subgrupos del 1 al 10 y describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, del brillo y la matidez.
2. *Afectiva*: comprende los subgrupos del 11 al 15, y describe el dolor en términos de tensión, manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigo.
3. *Evaluativa*: comprende el subgrupo 16 y describe el dolor en términos de la valoración global de la experiencia del dolor.
4. *Miscelánea*: comprende los subgrupos 17 al 20, y en ella se incluyeron diversos adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son significativos, característicos de ciertos tipos de dolor.

El orden de los adjetivos de dolor en cada grupo depende de la intensidad que se le asocia, determinada en los estudios iniciales de Melzack y colaboradores (véanse Melzack, 1975; Melzack y Torgerson, 1971). La primera palabra corresponde al nivel de intensidad más bajo y se le asigna un valor numérico de 1. Mientras que la última palabra corresponde a la intensidad más elevada, y se le asigna el valor numérico más alto. Por ejemplo, el subgrupo 19 contiene las palabras: fresco (*cool*), frío (*cold*) y helado (*freezing*). A fresco se le da el valor 1, a frío el valor 2 y a helado el valor 3.

El MPQ puede ser administrado tanto oralmente como por escrito. Melzack (1975), sin embargo, aconseja el primero de los procedimientos. Para asegurar la fiabilidad de las respuestas, Melzack también recomienda leer cuidadosamente las instrucciones, y observar al paciente mientras contesta al cuestionario. En cualquier caso, es necesario que el paciente comprenda que solo debe escoger una palabra de cada subgrupo, esto es, aquel adjetivo que mejor defina su dolor, y que no es obligatorio hacerlo en todos los subgrupos.

Fundamentalmente, la información que aporta el MPQ se recoge en los índices siguientes:

1. Índice de valoración del dolor (*Pain Rating Index*, PRI(R)), basado en el valor ordinal de los adjetivos elegidos. Para todos los subgrupos, el adjetivo que implica el menor dolor se le asigna el valor de 1, la siguiente el valor 2, y así sucesivamente. También puede ser total o parcial para cada uno de las dimensiones (sensorial, afectiva evaluativa y miscelánea).
2. El número de adjetivos elegidos (*Number of Words Chosen*, NWC), total o parcial de cada dimensión.
3. La intensidad del dolor presente (*Present Pain Intensity*, PPI) que se obtiene a

partir de la elección que el sujeto hace en una escala numérico-verbal (puntuación del 0 al 5).

Melzack (1975) incluye, junto al listado de adjetivos, un dibujo de la figura humana para que los pacientes informen sobre la localización exacta del dolor.

El MPQ se ha utilizado tanto en la clínica como en proyectos de investigación, para identificar perfiles de dolor y para el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, Dubuisson y Melzack (1976) llegaron a clasificar correctamente al 77% de pacientes con artritis, dolor asociado a cáncer, dolor del miembro fantasma y dolor articular. De forma más reciente, Melzack, Torrence, Fromm y Amsel (1986), a partir de las respuestas al MPQ, pudieron diferenciar entre pacientes aquejados por un dolor facial atípico de otros con un dolor asociado a la neuralgia del trigémino. Los resultados mostraron que habían clasificado correctamente al 91% de los 53 pacientes que participaron en el estudio. Igualmente, el MPQ se ha utilizado para evaluar los perfiles de dolor en diferentes procedimientos de inducción de dolor en el laboratorio (Chen, Dworkin, Haug y Gehrig, 1989) con la intención de utilizarlo como instrumento que haga de puente entre el dolor clínico y el inducido experimentalmente (Klepac, Dowling y Hauge, 1981). El MPQ también se ha mostrado sensible a los efectos de los tratamientos, ya sean de tipo analgésico o conductual (Melzack y Katz, 1999).

El MPQ se ha mostrado como una prueba fácil de administrar y clínicamente relevante, sin embargo, algunos pacientes tienen dificultades para comprender determinados adjetivos. En efecto, diferentes autores señalan encontrarse con dificultades para que sus pacientes relacionen los adjetivos que recoge el cuestionario con su experiencia de dolor (véase Bradley, 1988).

La relación entre las dimensiones que evalúa el cuestionario es otra de las críticas que se plantean (Turk, Rudy y Salovey, 1985; Pearce y Morley, 1989). Se argumenta que quizás el MPQ no esté evaluando aspectos tan diferentes del dolor. Algunos trabajos confirman la estructura del MPQ en tres dimensiones (Love, Walker y McCallaum, 1991), otros, sin embargo, apuntan la existencia de factores adicionales a los inicialmente propuestos por Melzack (véase Crockett, Prkachin, Craig y Greenstein, 1986). En este sentido, Melzack y Katz (1992), señalan que la gran variedad de pacientes investigados con dolores muy diversos, justificaría las diferencias que los investigadores describen.

La interpretación del PRI total así como la de los índices parciales de cada categoría es otra de las limitaciones que cabe apuntar al MPQ. Por ejemplo, en nuestro trabajo clínico hemos podido comprobar que todos los pacientes no están de acuerdo con la valoración de intensidad de cada adjetivo dentro de los subgrupos. Así, aunque el nivel de intensidad o severidad que refleja cada adjetivo depende de su ubicación en el grupo, es posible que ésta no coincida con la que los pacientes les atribuyen.

Por último, al MPQ se le ha criticado la asimetría de la representación de las categorías. Es decir, mientras para la dimensión sensorial existen 13 subgrupos, para la evaluativa sólo hay 1, 5 para la afectiva y un último subgrupo compartido por ambas dimensiones (Chapman, Casey, Dubner, Foley, Gracely y Reading, 1985; Penzo, 1989).

A pesar de las limitaciones apuntadas, el MPQ es, sin ningún género de dudas, el cuestionario más utilizado en el estudio del dolor. Según informan Melzack y Katz (1999), desde su publicación en 1975, el MPQ se ha utilizado en más de 350 investigaciones de dolor. Aunque existe cierta controversia acerca de su fiabilidad y validez, las limitaciones que hemos apuntado se pueden resolver con entrevistas clínicas y el uso de otros instrumentos de evaluación relevantes.

Actualmente también existe una versión abreviada del MPQ: la *Short-Form MPQ* (SF-MPQ; Melzack, 1987). Consiste en 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos) que son valorados en función de una escala donde 0 significa nada, 1 es levemente, 2 es moderadamente y 3 es muchísimo. Los adjetivos fueron seleccionados en función de la mayor frecuencia con que eran escogidos por pacientes de procedencia diversa y problemas de dolor distintos. Uno de los adjetivos (*splitting*) fue añadido porque parecía una palabra altamente discriminativa en el dolor dental (Grushka y Sessle, 1984). Igual que sucede con la versión original del MPQ, la forma abreviada puede ser autoadministrada o leída por el clínico. Se obtienen 3 índices de dolor derivados de la suma de los valores de intensidad de las palabras escogidas, tanto para el total como para cada subgrupo. También incluye el PPI y una EAV. Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones del SF-MPQ y el MPQ estándar son altas y significativas. El SF-MPQ se ha mostrado sensible a los efectos de los tratamientos, de un modo comparable a la forma estándar (Melzack, 1987) y a la diferenciación entre síndromes (Melzack y Katz, 1999).

El MPQ ha sido traducido y/o adaptado a diferentes lenguas, tales como el francés por el mismo Melzack, por Viguie (1982) y por Boureau et al. (1984), alemán (Radvila et al., 1987; ver también Kiss et al., 1987), italiano (Maiani y Sanavio, 1985; De Benedittis et al., 1988), holandés (Vandereit et al., 1987; ver también Verkes et al., 1987, 1989), finlandés (Pontinen y Ketuvouri, 1983), japonés (Satow et al., 1990) y al castellano en su acepción colombiana (Bejarano et al., 1985; ver también Osorio y Bejarano, 1987), entre otros. En España también disponemos, para la lengua castellana, la adaptación realizada por Lahuerta et al. (1982), la versión utilizada por Madrid-Arias (1980) y la reciente traducción y validación de Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994). Masedo y Esteve

Tabla 12. Listado original de los adjetivos del MPQ y de la escala de intensidad, y su traducción en español

1. Flickering (Aletea) Quivering (Tiembla) Pulsing (Late) Throbbing (Palpita) Beating (Golpea) Pounding (Martillea)	8. Tingling (Hormigueo) Itchy (Picor) Smarting (Escozor) Stinging (Aguijoneo)	15. Wretched (Desdichado) Blinding (Cegador)
2. Jumping (Brinco) Flashing (Destello)	9. Dull (Sordo) Sore (Penoso) Hurting (Hiriente) Aching	16. Annoying (Molesto) Troublesome (Preocupante) Miserable (Apabullante) Intense

Shooting (Disparo)	(Irritante) Heavy (Pesado)	(Intenso) Unbearable (Insoportable)
3. Pricking (Pincha) Boring (Perfora) Drilling (Taladra) Stabbing (Apuñala) Lancinating (Lancinante)	10. Tender (Sensible) Taut (Tirante) Rasping (Aspero) Splitting (Raja)	17. Spreading (Difuso) Radiating (Irradiante) Penetrating (Penetrante) Piercing (Punzante)
4. Sharp (Agudo) Cutting (Cortante) Lacerating (Lacerante)	11. Tiring (Cansa) Exhausting (Agota)	18. Tight (Apretado) Numb (Entumecido) Drawing (Exprimido) Squeezing (Estrujado) Tearing (Desgarrado)
5. Pinching (Pellizca) Pressing (Aprieta) Gnawing (Roe) Cramping (Acalambra) Crushing (Aplasta)	12. Sickening (Marea) Suffocating (Sofoca)	19. Cool (Fresco) Cold (Frio) Freezing (Helado)
6. Tugging (Tira) Pulling (Tracciona) Wrenching (Arranca)	13. Fearful (Miedo) Frightful (Espanto) Terrifying (Pavor)	20. Nagging (Desagradable) Nauseating (Nauseabundo) Agonizing (Agonístico) Dreadful (Terrible) Torturin (Torturante)
7. Hot (Calienta) Burning (Quema) Scalding (Escalda) Searing (Abrasa)	14. Punishing (Castigador) Gruelling (Abrumador) Cruel (Cruel) Vicious (Rabioso) Killing (Mortificante)	Intensidad (PPI) No Pain (Sin dolor) 0 Mild (Leve) 1 Discomforting (Molesto) 2 Distressing (Angustioso) 3 Horrible (Horrible) 4 Excruciating (Atroz) 5

PRI Sensorial (1-10): Afectivo (11-15): Evaluativo(16): Misceláneo (17-20):.....

Total PRI:..... PPI:..... NPE:.....

Tabla 13. Listado de adjetivos del MPQ-SV de Lázaro et al (1994).

Se presentan en su agrupación dimensional y en relación con los del cuestionario original (MPQ). Reproducido con permiso.

MPQ	MPQ-SV	MPQ	MPQ-SV
Sensory	Categoría sensorial	Sensory	Categoría sensorial
<i>Temporal</i>	<i>Temporal I</i>	<i>Sensory Miscellaneous</i>	<i>Miscelánea Sensorial I</i>
1. Flickering	1. A golpes	1. Tender	1. Como hinchado
2. Quivering	2. Continuo	2. Taut	2. Como un peso
3. Pulsing		3. Rasping	3. Como un flato
4. Throbbing		4. Splitting	4. Como espasmos
5. Beating	<i>Temporal II</i>	<i>Spatial Pressure</i>	<i>Miscelánea Sensorial II</i>
6. Pounding	1. Periódico	1. Spreading	1. Como latidos
	2. Repetitivo	2. Radiating	2. Concentrado
	3. Insistente	3. Penetrating	3. Como si pasara corriente
	4. Interminable	4. Piercing	4. Calambrazos
	<i>Localización I</i>	<i>Pressure-Dullness</i>	<i>Miscelánea Sensorial II</i>
	1. Impreciso	1. Tight	1. Seco
	2. Bien delimitado	2. Numb	2. Como martillazos
	3. Extenso	3. Drawing	3. Agudo
<i>Spatial</i>	<i>Localización II</i>	4. Squeezing	4. Como si fuera a explotar
1. Jumping	1. Repartido	5. Tearing	
2. Flashing	2. Propagado	<i>Aes Miscellaneous</i>	
3. Shooting	<i>Punción</i>	1. Wretched	
	1. Como un pinchazo	2. Blinding	Categoría emocional
<i>Punctate pressure</i>	2. Como agujas	<i>Affective Tension</i>	<i>Tensión emocional</i>
1. Pricking	3. Como un clavo	1. Tiring	1. Fastidiosos
2. Boring	4. Punzante	2. Exhausting	2. Preocupante
3. Drilling	5. Perforante		3. Angustiante
4. Stabbing	<i>Incisión</i>		4. Exasperante
5. Lancinating	1. Como si cortara		5. Que amarga la vida
<i>Invasive pressure</i>	2. Como una cuchillada	<i>Autonomic</i>	<i>Signos Vegetativos</i>
1. Sharp		1. Sickening	1. Nauseante
2. Cutting	<i>Constricción</i>	2. Suffocating	
3. Lacerating	1. Como un pellizco	<i>Fear</i>	<i>Miedo</i>
<i>Constrictive pressure</i>	2. Como si apretara	1. Fearful	1. Que asusta
1. Pinching	3. Como agarrotado	2. Frightful	2. Temible
2. Pressing	4. Opresivo	3. Terrifying	3. Aterrorador
3. Gnawing	5. Como si exprimiera	<i>Punishment</i>	
4. Cramping	<i>Tacción</i>	1. Punishing	
5. Crushing	1. Tirantez	2. Grueling	
<i>Traction pressure</i>	2. Como un tirón	3. Cruel	
1. Tugging	3. Como si estirara	4. Vicious	
2. Pulling	4. Como si arrancara	5. Killing	
3. Wrenching	5. Como si desgarrara	<i>Affective Miscellaneous</i>	
		1. Nagging	
<i>Thermal I</i>	<i>Térmicos I</i>	2. Nauseating	
1. Hot	1. Calor	3. Agonizing	
2. Burning	2. Como si quemara	4. Dreadful	
3. Scalding	3. Abrasador	5. Torturing	
4. Soaring	4. Como hierro candente		

<i>Thermal II</i> 1. Cool 2. Cold 3. Freezing	<i>Térmicos II</i> 1. Frialdad 2. Helado	<i>Evaluative</i> 1. Annoying 2. Troublesome 3. Miserable 4. Intense 5. Unbearable	<i>Categoría evaluativa</i> 1. Débil 2. Soportable 3. Intenso 4. Terriblemente molesto
<i>Brightness</i> 1. Tingling 2. Itchy 3. Smarting 4. Stinging	<i>Sensibilidad Táctil</i> 1. Como si rozara 2. Como un hormigueo 3. Como si arañara 4. Como si raspara 5. Como un escozor 6. Como un picor		
<i>Dullness</i> 1. Dull 2. Sore 3. Hurting 4. Aching	<i>Consistencia / matidez</i> 1. Pesadez		

(2000) han realizado un estudio sobre la validez de la versión de Lázaro y colaboradores, su estructura interna. Los resultados de su investigación cuestionan, en parte al menos, que realmente permita evaluar las tres dimensiones del dolor que se le suponen: sensorial, afectiva y evaluativa. Encuentran evidencia positiva respecto de las dimensiones sensorial y afectiva, pero no de la evaluativa. Masedo y Esteve (2000) consideran que la mejora de la versión española del MPQ pasa por desarrollar la subescala evaluativa.

2.3.6. El inventario multidimensional de dolor de West Haven-Yale

El Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (*West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*; WHYMPI; Kerns, Turk y Rudy, 1985), más conocido como *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario Multi-dimensional del Dolor), constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprehensiva, se considera al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. Conceptualmente está vinculado a la perspectiva cognitivo-conductual que describen Turk y colaboradores (véase Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Evalúa múltiples dimensiones de la experiencia de dolor, siguiendo el *Sistema Multiaxial de Evaluación* descrito por Turk y Rudy (1987) el objetivo del cual es integrar datos de naturaleza diversa: médica, psicológica y conductual. El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor *per se*, sino que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor. Una información de vital importancia en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento.

La versión más reciente del MPI está formada por 61 ítems, agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes. La primera parte comprende 28 ítems repartidos en cinco escalas que evalúan otras tantas dimensiones de la experiencia de dolor: (a) interferencia del dolor en varias áreas de la vida del paciente, (b) apoyo y preocupación de los allegados, (c) severidad del dolor, (d) autocontrol con relación a las actividades y problemas del día a día y (e) malestar afectivo (depresión, irritabilidad y tensión). La segunda parte está compuesta por 14 ítems recogidos en 3 escalas, evalúa las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas de dolor del paciente: (a) frecuencia de

respuestas de castigo, (b) respuestas solícitas y (c) respuestas de distracción. Por último, la tercera parte, compuesta por 19 ítems, evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias: (a) tareas domésticas, (b) actividades de carácter manual dentro del hogar (trabajos de jardinería y bricolaje), (c) actividades fuera del hogar y (d) actividades sociales. De la combinación de estas cuatro escalas se obtiene el *Nivel General de Activación*.

Los pacientes deben responder a cada uno de los ítems del cuestionario utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Se obtiene una puntuación para cada uno de los 12 factores que componen el MPI, resultado de dividir la suma de los puntos obtenidos en cada ítem de ese factor por el número de ítems del factor en los que ha respondido la persona.

Originalmente, los autores del instrumento lo administraron a una muestra de 120 pacientes con problemas de dolor crónico de variada etiología y localización física. Se trataba, fundamentalmente, de una población masculina con problemas de dolor de muy larga duración (media de más de 10 años). Los datos relativos a los índices de fiabilidad y validez muestran niveles satisfactorios. En la primera parte, los índices de consistencia interna varían entre .72 y .90, con valores de test-retest en un intervalo de 2 semanas entre .69 y .86. La segunda parte, la fiabilidad está entre .74 y .84, mientras que la estabilidad se sitúa entre .62 y .89. En la tercera parte, los datos son parecidos: entre .70 y .86 de consistencia y entre .83 y .91 de estabilidad temporal.

También existe una versión creada especialmente para la pareja del paciente, con un formato similar al original. La primera parte evalúa las percepciones de la pareja de las quejas de dolor del paciente así como de sus propios niveles de malestar emocional, las percepciones acerca del impacto del dolor en sus vidas y su visión general del apoyo que da al paciente. La segunda parte recoge información sobre la forma característica que tiene la pareja de responder a las quejas de dolor del paciente. En la tercera parte la pareja del paciente debe informar sobre el nivel de actividad del paciente. Hasta la fecha, y si bien esta forma ha sido utilizada en algunos trabajos del grupo, fundamentalmente para contrastar los datos informados por el paciente (ver, por ejemplo, Flor, Kerns y Turk, 1987), todavía no disponemos de datos precisos sobre sus propiedades psicométricas (véase Kerns y Jacob, 1992).

El MPI ha sido traducido al alemán (Flor, Rudy, Birbaumer, Streit y Schugens, 1990) y al sueco (Bergström, Jensen, Bodin, Linton, Nygren y Carlsson, 1998). En español disponemos de la versión de Ferrer, González y Manassero (1993).

Para la traducción y adaptación española, Ferrer et al (1993) administraron el cuestionario a 100 pacientes con dolor crónico, mayoritariamente mujeres (82% de la muestra). Las autoras informan de unos índices de fiabilidad muy parecidos a los del original, comprendidos entre .59 y .89. Ferrer y colaboradoras atribuyen las diferencias entre la versión original y la traducida a las diferencias en las muestras utilizadas. Así, mientras Kerns et al (1985) trabajan con una muestra básicamente masculina en hospitales de veteranos, Ferrer et al (1993) lo hacen con mujeres que acuden a consulta a un hospital general. Aunque entre ambas versiones existe alguna otra diferencia más. En

efecto, al traducir el inventario, Ferrer y colaboradoras eliminaron el ítem 2 de la tercera sección ‘cortar el césped’ “por considerar que esta actividad quedaba suficientemente representada con el ítem 6 ‘Trabajar en el jardín’” (p. 154). Así, en la versión de Ferrer et al (1993), el MPI tiene un ítem menos que el original en la sección 3. Conviene apuntar, además, que la traducción de Ferrer et al (1993) se basa en la primera versión del MPI, aquella que Kerns y colaboradores publicaron en 1985. Sin embargo, la versión que se utiliza ahora incorpora nueve ítems nuevos, ocho en la primera parte y uno en la tercera. La inclusión de estos ítems extra obedece al interés de los autores por “mejorar la fiabilidad de alguna de las escalas que eran muy cortas en la versión inicial” (Dennis C. Turk, comunicación personal, agosto del 2002). Parece que los valores psico-métricos de la versión ampliada son tan buenos como los relacionados con la primera versión de 1985 (nunca se publicó informe relacionado con la versión ampliada).

De forma mucho más reciente, Turk y colaboradores (véase Okifuji, Turk y Eveleigh, 1999) han introducido algunos cambios relacionados con las instrucciones con el ánimo de facilitar la respuesta al MPI. Okifuji et al (1999) han modificado las instrucciones, ampliando y especificando el significado del concepto “allegado” u “otro significativo” (en inglés: *significant other*). Estos cambios permiten reducir significativamente el número de respuestas que no se podían analizar, y lo que es más importante, sin modificar la asignación a alguno de los tres perfiles que identifica el MPI. En breve, nosotros estaremos en disposición de ofrecer datos de versiones actualizadas del MPI tanto en catalán como en español.

2.3.7. El cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry

El objetivo del Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry (*The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire*; Fairbank, Couper, Davies y O’Brien, 1980) es evaluar la discapacidad asociada a problemas lumbares, esto es, analizar los efectos del dolor lumbar en la funcionalidad del paciente. Este es un instrumento desarrollado para la clínica, si bien su fiabilidad y validez hacen de él un instrumento muy utilizado, también, en investigación (Fairbank, 1995; Fransen, Woodward, Norton, Coggan, Dave, y Sheridan, 2002; Grönblad, Järvinen, Hurri, Hupli, y Karaharju, 1994).

El cuestionario de Oswestry está formado por 10 áreas o preguntas, cada una de las cuales tiene seis ítems de respuesta. La primera pregunta permite valorar el efecto de los analgésicos en el dolor. Las nueve preguntas restantes cubren otras tantas áreas del funcionamiento normal de las personas, permiten valorar la severidad del efecto del dolor en cada una de las actividades cotidianas siguientes: cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.), levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social, viajar.

Los valores psicométricos tanto de la prueba original (Fairbank et al., 1980) como los de la adaptación española son correctos (Flórez-García, García-Pérez, García-Pérez, Armenteros-Pedrerros, J., Alvarez-Prado, A y Martínez-Lorente, 1995).

En el proceso de adaptación de la escala a la población española, 84 pacientes la contestaron en dos días consecutivos. El valor del coeficiente de correlación entre ambas puntuaciones es de 0.92. El valor de la correlación calculada sólo a partir de los datos de los 66 pacientes que contestaron a todos los ítems del cuestionario en las dos aplicaciones asciende sólo a 0.95, reflejando, según los autores, que la omisión de ítems no afecta sensiblemente a la fiabilidad de la prueba. Fairbank señalaba que su versión gozaba de una “buena consistencia interna”, aunque no aportaba información estadística concreta sobre este aspecto. Flórez-García et al. (1995), en cambio, presentan datos específicos, concretamente la consistencia interna de la versión española es de 0.86. La validez del cuestionario ha sido mostrada a través de distintas investigaciones en las que éste ha detectado cambios específicos en pacientes que recibían distintos tipos de tratamiento (véase, por ejemplo, Baker, Pynsent y Fairbank, 1990; Kirkaldy-Willis y Burton, 1992; Mayer y Gatchel, 1988). Igualmente, la comparación del cuestionario respecto de otros existentes ha mostrado su fiabilidad y validez (véase, por ejemplo, Davidson y Keating, 2002; Kovacs, Llobera, Gil, Abaira, Gestoso, y Fernández, 2002).

En general, los pacientes tardan menos de cinco minutos en contestar al cuestionario, aunque si se deben leer las preguntas al paciente, entonces el tiempo necesario puede llegar a doblarse.

Para cada sección o pregunta, los pacientes deben indicar cuál es el efecto que mejor describa su caso personal. En el caso de que haya marcado más de un ítem, entonces se computa el que indique más gravedad de entre los señalados. Las puntuaciones van del 0 al 5 (es igual en todas las secciones), a mayor puntuación mayor discapacidad. La suma de las puntuaciones parciales se presenta en forma de porcentaje de la puntuación máxima. Por ejemplo, si un paciente ha contestado todas las secciones y de la suma de sus respuestas resulta una puntuación final de 25, entonces en la escala de Oswestry le corresponderá el 50% de discapacidad: $25 \text{ (puntuación total del paciente)} / 50 \text{ (puntuación total posible)} \times 100$. Si el paciente no contesta alguna de las secciones, entonces se debe realizar un pequeño ajuste. En este supuesto, si una persona obtiene una puntuación de 25 y deja por contestar una de las secciones, entonces le corresponde el 55.5% de discapacidad en la escala de Oswestry: $25 \text{ (puntuación total del paciente)} / 45 \text{ (puntuación total posible)} \times 100$. Fairbank y colaboradores interpretaban las puntuaciones de la forma siguiente: puntuaciones hasta 20% indican discapacidad mínima, entre 20 y 40% señalan discapacidad moderada, entre 40 y 60% sería discapacidad severa, mientras que puntuaciones iguales o superiores al 60% señalarían graves problemas de discapacidad, serían casos en los que el paciente está gravemente afectado por el dolor en distintas áreas de su vida.

2.3.8. Observación de las conductas de dolor

Los informes verbales de los pacientes suelen ser la principal fuente de información con que cuenta el clínico, aunque no es la única disponible. En efecto, también la conducta no verbal sirve para comunicar que se siente dolor, y en este sentido, puede ser

un buen indicador del estado del paciente y de su evolución.

Durante los últimos 25 años, los psicólogos han creado distintos procedimientos para observar y cuantificar las conductas de dolor. Protocolos de observación que aportan información muy útil para diagnosticar y diseñar intervenciones, también facilitan datos muy precisos de los efectos de los tratamientos, muchas veces no es tanta la importancia de lo que el sujeto dice sino de lo que puede hacer.

Tabla 14. Definición de dolor y clasificación de conductas de dolor, según Fordyce (1976, 1978)

DEFINICIÓN:

“El dolor es una experiencia desagradable que asociamos, en primer lugar con una lesión tisular o que describimos en función de tal lesión o de ambos, *y la presencia de la cual se nos muestra por alguna forma de conducta visible o audible*” (Fordyce, 1978, p. 54)

CLASIFICACIÓN:

1. No verbales: gemidos, suspiros, contracciones, adopción de posturas compensatorias y movimientos cautelosos.
2. Verbales: descripciones de características del dolor, tales como intensidad, cualidad y/o localización.
3. Petición de ayuda (relacionada con el dolor): petición de fármacos, de aplicación de masajes, de asistencia médica o acerca de alguna tarea.
4. Limitación o restricción de movimientos relacionados con el dolor: guardar reposo, interrupciones (momentáneas o duraderas) de su actividad habitual.

La observación de las conductas de dolor se realiza, fundamentalmente, en situaciones clínicas, controladas, y por personal sanitario específicamente entrenado, aunque bien es cierto que se puede aplicar en cualquier situación y, aunque sí requiere de cierto entrenamiento y preparación, no es necesario que sean clínicos especialistas.

En muchos casos, el registro de las conductas se lleva a cabo mediante la filmación con video, filmación que analizan los especialistas y a partir de la que se efectúa la codificación de las conductas de dolor, generalmente consiste en un registro de frecuencias. Actualmente, existen diferentes protocolos o sistemas de categorías. Así, el profesional puede optar por utilizar alguno de los disponibles, o bien crear su propio sistema y categorías de observación. Independientemente de la opción que se tome, los pacientes deberán realizar actividades específicas susceptibles de elicitar conductas de dolor en cada caso. Por ejemplo, a una persona con dolor en la espalda, las actividades podrían consistir en andar, sentarse, levantarse, etc., actividades que no tendrían sentido en un caso de dolor temporomandibular. Precisamente, una de las limitaciones de este procedimiento es que las conductas de dolor son específicas de cada problema.

Una vez decididas las actividades en las que los pacientes serán observados, el clínico

debe seleccionar las conductas a registrar, conductas que deben ser representativas del repertorio habitual del paciente.

La fiabilidad del registro requiere que las conductas escogidas sean definidas operativamente, se trata de facilitar el acuerdo entre observadores. De igual modo, la fiabilidad y validez de los registros mejora si se limitan las categorías a observar y registrar y se utilizan procedimientos poco intrusivos. También es fundamental que el procedimiento de observación sea claro y simple, que la conducta se registre inmediatamente después de ser observada y que los observadores reciban el entrenamiento necesario para observar y registrar con precisión las conductas seleccionadas.

Finalmente, si el clínico recurre a protocolos ya existentes, entonces dispone de algunos de consolidados y con cierta tradición. Entre ellos cabe mencionar el diseñado por Keefe y Block (1982), quienes utilizan una clasificación basada exclusivamente en conductas de tipo motor. En la clasificación de Keefe y Block (1982) se registran cinco clases de conductas de dolor:

1. Movimiento protectorio (*Guarding*): movimientos anormalmente rígidos o interrumpidos al cambiar de posición.
2. Apoyarse (*Bracing*): posición estática, sostenida durante al menos tres segundos, en la que un miembro completamente extendido sostiene una distribución anormal del peso.
3. Frotarse (*Rubbing*): tocar, frotar o sujetar el área afectada por el dolor durante un mínimo de tres segundos.
4. Hacer muecas (*Grimacing*): expresión facial de dolor que incluye fruncir el entrecejo, ojos estrechados, labios tirantes, comisuras de los labios hacia atrás y mandíbulas contraídas.
5. Suspirar (*Sighing*): exagerada exhalación de aire, acompañada, habitualmente, de elevación de hombros y con posible hinchamiento de las mejillas.

Keefe y Block (1982) registran estas conductas en relación con cinco tipos de situaciones: estar sentado, tumbado y de pie, para la postura, y andar y cambiar de posición para los movimientos. Concretamente, estos autores piden a los pacientes que se sienten, se pongan de pie (en ambos tipos de actividad solicitan que lo hagan en dos momentos, de duración distinta: uno y dos minutos), anden y se tumben (en este caso lo deben hacer en dos periodos de un minuto cada uno), de manera que la sesión dura 10 minutos en total.

El procedimiento diseñado por Keefe y Block estaba pensado para evaluar las conductas de dolor en pacientes con problemas de espalda, posteriormente otros autores han adaptado el protocolo para utilizarlo con pacientes con otro tipo de problemas de dolor. Por ejemplo, Anderson, Bradley, McDaniel, Young, Turner et al. (1987b) modificaron el sistema para utilizarlo con pacientes con artritis reumatoide, en este caso, sin embargo, el sistema de observación tiene siete categorías, alguna con conductas

específicas de este tipo de pacientes. La validez de este sistema se ha demostrado en distintos ámbitos (véase Anderson, Bradley, McDaniel, Young, Turner et al., 1987a; Kullick et al., 1983; McDaniel, Anderson, Bradley, Young, Turner et al., 1986).

Existen otros procedimientos de observación. Por ejemplo, el de Follick, Ahern y Aberger (1985), conocido como: “Taxonomía Audiovisual de la Conducta de Dolor” (*Audiovisual Taxonomy of Pain Behavior*). Se trata de un sistema creado para la evaluación de conductas de dolor en pacientes con dolor de espalda. En este caso, son 16 las categorías de observación, distintos tipos de conductas se deben registrar mientras el paciente realiza ejercicios más bien exigentes, si los comparamos con los de Keefe y Block (1982). En este caso, los pacientes deben responder, además, a dos cuestiones: “Describa un día habitual...” y “¿Cuáles son sus *hobbies* e intereses, y con qué frecuencia se dedica a ellos?”.

La última alternativa que presentamos es la “Escala de Conducta de Dolor de la Universidad de Alabama-Birmingham” (*University of Alabama-Birmingham Pain Behavior Scale*, UAB-PBS) de Richards, Nepomuceno, Riles y Suer (1982). Se trata de una escala que fue diseñada para que los profesionales la rellenaran durante las visitas de seguimiento a los pacientes en el hospital. Consta de 10 ítems que se evalúan diariamente. La puntuación en cada caso está basada en la frecuencia de las conductas de manera que “nunca” se computa como 0 (cero), “ocasional” como 0.5 y “frecuente” como 1. De ellas, ocho se registran durante un periodo de 5 minutos durante el cual se pide a los pacientes que caminen, estén parados, estén de pie, se levanten y se sienten, estas son: quejas verbales, quejas no verbales, muecas, postura adoptada cuando está de pie, movilidad, lenguaje corporal, utilización de ayudas y movimientos estacionarios. Las dos restantes son: medicación y tiempo que el paciente ha permanecido tumbado durante el día anterior, como consecuencia del dolor. Según los informes consultados, la UAB-PBS es muy fácil de administrar, y ha demostrado su fiabilidad (Chapman y Romano, 2001; Keefe y Williams, 1992). Sin embargo, presenta dos inconvenientes importantes, primero no existen datos sobre su validez y, segundo, los datos relacionados con las conductas de comunicación de dolor parecen estar sobrestimados.

Si bien la UAB es una escala diseñada para ser utilizada con pacientes hospitalizados, Feuerstein y colaboradores (Feuerstein et al., 1985) la han modificado para su uso en ambiente ambulatorio.

3

El tratamiento de los pacientes con dolor crónico

3.1. Introducción

La búsqueda de una solución a los problemas de dolor es tan antigua como la misma historia de la humanidad. A lo largo de este proceso los cambios se suceden; nuevas técnicas reemplazan a las existentes en un intento por conseguir el alivio de los pacientes. Y, en este devenir, la forma de conceptualizar el dolor resulta determinante pues, en efecto, la definición del dolor no es un mero ejercicio intelectual sino que tiene repercusiones prácticas muy importantes.

Las primeras descripciones de tratamientos se han encontrado en papiros Egipcios. En el papiro de Ebers, por ejemplo, se alude a la prescripción de opio que Isis hace para el tratamiento del dolor de cabeza de Ra (Bonica y Loeser, 2001). A lo largo de la prolífica y controvertida historia sobre la terapéutica del dolor, también encontramos múltiples ejemplos de tratamientos que podríamos llamar psicológicos (Miró, 1997). Por ejemplo, desde tiempos de Aristóteles, los filósofos han considerado al dolor como una emoción, sugiriendo que la solución del problema estaba fuera del alcance de los médicos. Concretamente, los *estoicos* entendían que el tratamiento debía ser mediante procedimientos lógicos, proponían el uso de la razón y la impassibilidad (véase Rey, 1993). De forma parecida, los líderes religiosos han conceptualizado al dolor como un acontecimiento que supera las barreras físicas. No en vano, algunos lo han atribuido a castigos divinos relacionados con el Pecado Original (Turk et al., 1983). En este contexto, la oración y el arrepentimiento serían las intervenciones más adecuadas.

En verdad que la lista de procedimientos desarrollados para el control del dolor es interminable. Resumiendo mucho su interesante historia, constatamos una gran controversia sobre la naturaleza y las características que deben tener los tratamientos para el alivio del dolor. Fundamentalmente, las posiciones se agrupan alrededor de dos polos. Por una parte aquellos que plantean la conveniencia de tratar las causas orgánicas que supuestamente son el origen del problema, y por otra los que postulan tratamientos de *naturaleza psicológica*.

Es notorio que el debate sobre cómo se debe entender y tratar el dolor, se decantó de la parte física, al menos en Occidente. Se crearon y probaron todo un abanico de procedimientos que tenían por objeto el tratamiento de los problemas físicos, orgánicos, responsables del problema de dolor. Haggard (1929, citado por Turk et al., 1983), por ejemplo, describe el tratamiento que el mejor equipo de médicos de la época se encargó de administrar a Carlos II:

Se extrajo una pinta de sangre de su brazo derecho y media pinta de su hombro izquierdo. Le siguieron [todo un rosario de intervenciones, se aplicaron] eméticos, polvos para estornudar, sangrados, pociones con poder calmante, y [también se le] untaron los pies con un emplaste de alquitrán y excrementos de paloma. [Tuvo que] tragar pociones que contenían diez sustancias distintas, principalmente hierbas, así como 40 gotas de extracto de cráneo humano. Finalmente, le prescribieron la piedra bezoar [cálculos biliares de ovejas o cabras] (pp. 75-76).

Parece que tras este extenso tratamiento, el rey murió, si bien no sabemos si fue como

consecuencia de la enfermedad o por complicaciones ocasionadas por el tratamiento que le prescribieron. Actualmente, a muchos pueda parecer extraño el tratamiento aplicado por aquellos médicos, sin embargo no podemos olvidar que estos tratamientos eran efectivos en algunos pacientes. Efectivamente, aunque muchos de ellos no contenían ingredientes con efectos analgésicos y/o curativos, los ungüentos, emplastes, sangrados y demás pócimas y brebajes administrados, tenían efectos positivos sobre la salud de estos pacientes. Si se quiere, una muestra del efecto de los factores psicológicos sobre la experiencia de dolor, y de forma más general, sobre la salud de las personas.

Como se encargan de señalar Turk et al. (1983), hasta finales del siglo XIX, todas las medicinas utilizadas eran fundamentalmente placebos. Aunque más llamativo puede resultar recordar que el tratamiento administrado a Carlos II sólo estaba disponible para las clases altas y adineradas, se trataba del tratamiento más caro y costoso de todos los disponibles. Huelga comentar los tratamientos que *sufrían* las personas con escasos recursos económicos.

Afortunadamente, los procedimientos médicos para tratar el dolor han experimentado cambios muy notables desde entonces, han contribuido a aliviar el sufrimiento de millones de personas. No obstante, incluso con los avances realizados en áreas tan relevantes como la bioquímica, neurología, fisiología, anatomía y genética humanas, y el desarrollo de potentes analgésicos, el tratamiento del dolor sigue siendo un reto para el paciente, su familia, los profesionales de la salud y la sociedad en general (Melzack y Wall, 1982). Aun hoy no se dispone de un tratamiento adecuado para todos los problemas de dolor, es más, se desconocen los motivos por los que pacientes con exactamente el mismo diagnóstico responden de forma diferente al mismo tratamiento, o porque algunos tratamientos sin fundamento biofisiológico que explique su acción, resultan efectivos en un buen número de ocasiones.

Parece innegable que en el dolor agudo los éxitos conseguidos por los procedimientos médicos son muy importantes (Bonica y Loeser, 2001), sin embargo no ha sucedido lo mismo con los casos de dolor crónico. Efectivamente, la medicina occidental tiene graves problemas para tratar adecuadamente a los pacientes con dolor crónico. Este fracaso obedece, en parte al menos, a utilizar un modelo de enfermedad que si bien es adecuado para el dolor agudo, no lo es para el crónico. Como se comentó en secciones anteriores, el dolor agudo y el dolor crónico aunque comparten muchos aspectos, son en gran medida, problemas distintos que requieren tratamientos diferentes.

Es cierto, no obstante, que en los últimos 35 años, el tratamiento de los pacientes con dolor crónico ha experimentado mejoras muy notables. Y es precisamente a la luz de los cambios en la conceptualización del dolor, a los que aludíamos al principio de esta obra, que se logran avances determinantes. En este sentido, se ha pasado de aplicar un tratamiento fundamentalmente de carácter físico, a emplear una aproximación comprensiva, una forma de intervención en la que participan profesionales de distintas disciplinas. De hecho, la formación de equipos profesionales que desarrollan y aplican *programas interdisciplinares* se ha convertido en el fenómeno más emblemático de este campo.

La idea de la *interdisciplinariedad* implica (Turk y Stieg, 1987) que todos los integrantes del equipo comparten una filosofía en la rehabilitación del paciente, la existencia de una comunicación fluida y constante entre ellos y el hecho de actuar de forma integrada a lo largo de todo el proceso^[1].

3.2. Las unidades de dolor

Actualmente, el tratamiento de los problemas crónicos de dolor se realiza en el marco de unas unidades hospitalarias creadas específicamente para tal efecto, son las llamadas *unidades de dolor*. Se trata de servicios en los que colaboran profesionales con distintas formaciones, interesados en el tratamiento de los pacientes con problemas de dolor.

Como señalaba Bonica (1988), estas unidades multidisciplinarias surgen porque, “existe el firme convencimiento de que los problemas de dolor complejos serían tratados de forma más efectiva por un equipo multi/interdisciplinar, en el que cada miembro contribuyese con su conocimiento y habilidades específicas al objetivo común de diagnosticar correctamente para desarrollar la estrategia terapéutica más efectiva” (p. 10).

La primera de estas unidades multidisciplinarias fue creada por el mismo doctor J.J. Bonica en el Hospital General de Tacoma, en el estado de Washington, Estados Unidos, al acabar la Segunda Guerra Mundial. Algo más tarde, en 1947, el Dr. F.A.D. Alexander, otro anestésista, creaba un programa de carácter multidisciplinar en el Hospital para Veteranos en McKinney, Texas. En aquella época existía una tercera clínica de estas características en la Universidad de Oregon en Portland, estaba dirigida por el Dr. W.K. Livingston. En ella se creó el primer programa de investigación multidisciplinar financiado por los Institutos de Salud Mental de los Estados Unidos, un detalle nada menor, sobre todo en aquella época (véase Bonica y Loeser, 2001).

A finales de los años 70 es cuando se registra un periodo de crecimiento realmente significativo. En 1977, según los datos publicados por la Sociedad Americana de Anestésistas (*American Society of Anesthesiologists, ASA*), existían 327 clínicas de dolor, de las que el 73% estaban en los Estados Unidos. Una década más tarde, los informes disponibles señalaban la existencia de entre 800 y 1000 clínicas en los Estados Unidos, y otras mil más en el resto del mundo (véase Bonica, 1990). En verdad, los últimos años han sido testigos de una proliferación de centros para el tratamiento del dolor en todo el mundo, muchos de ellos bajo la influencia de este enfoque interdisciplinar al que aludimos (véase Turk y Okifuji, 1997). No disponemos de datos precisos de la situación en nuestro país. En cambio, sí que se conocen datos de lo que sucede en otros lugares. Por ejemplo, la Sociedad Americana del Dolor (*American Pain Society, APS*) presentaba una relación de 352 centros multidisciplinarios acreditados en el último informe que la sociedad ha publicado (véase APS, 1996), unidades que, según otras fuentes, darían servicio a algo más de 176000 pacientes en los Estados Unidos (véase Marketdata Enterprises, 1995). Hace veinte años, Melzack y Wall (1982) ya apuntaban la expansión de este tipo de centros como uno de los avances más destacados en el campo del tratamiento de los pacientes con dolor crónico.

Actualmente, hay una gran diversidad en las unidades de tratamiento del dolor, no existe un único modelo que las aglutine y/o defina, varían mucho ya sea por la población tratada, por la formación de los profesionales implicados en el equipo, o por la filosofía general de tratamiento (véase Turk y Gatchel, en prensa). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain, IASP*, 1990),

no obstante, ha realizado una clasificación de estas unidades en la que distingue cuatro categorías, según sean sus objetivos y naturaleza: centro multidisciplinar de dolor, clínica multidisciplinar de dolor, clínica de dolor y clínica orientada a una modalidad terapéutica. Aunque sin pretensión de acreditarlas, la IASP también se ha encargado de establecer las características deseables de cada una de estas unidades “a modo de guía para profesionales y organizaciones gubernamentales y de carácter profesional” (véase IASP, 1990).

Los *centros multidisciplinarios de dolor* son unidades que se dedican al cuidado de pacientes con problemas de dolor agudo o crónico, así como a la investigación y a la formación de profesionales. Son las de mayor complejidad, y en ellas colaboran, además de médicos, otros muchos profesionales de la salud, tales como psicólogos, diplomados en enfermería, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, etc. Los servicios de estas unidades deben estar integrados y fundamentados en una filosofía interdisciplinar para la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Disponen de una amplia gama de posibilidades terapéuticas y normalmente forman parte de hospitales universitarios. Ofrecen servicios asistenciales tanto ambulatorios como en régimen hospitalario. Las *clínicas multidisciplinarias de dolor*, sólo se diferencian de los centros mencionados antes en que éstas no incorporan actividades de investigación y formación de profesionales. Por su parte, las *clínicas de dolor* se dedican al diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolor crónico. Estas unidades se centran en problemas específicos de dolor, por ejemplo, dolor de espalda. La ausencia de un trabajo multidisciplinar también las distingue de las unidades descritas antes. Por último, las *clínicas orientadas a una modalidad terapéutica* ofrecen un tratamiento específico, por ejemplo, bloqueos nerviosos, acupuntura, hipnosis, *biofeedback*. En ningún caso se realiza un trabajo multidisciplinar.

A grandes rasgos, los profesionales que intervienen en los centros multidisciplinarios de dolor y las actividades que realizan son:

- 1. Médicos:** juegan un papel determinante en el proceso, más allá de su responsabilidad sobre el diagnóstico y tratamiento de los procesos fisiopatológicos relacionados con el dolor. El médico encargado del caso debe recoger, sintetizar, interpretar las valoraciones de distintos especialistas médicos y los tratamientos programados (p. ej., medicación), y controlar los cambios en el estado del paciente. También avala los tratamientos de los otros especialistas del equipo y promueve, enfatiza y refuerza la necesidad de que el paciente asuma la parte de responsabilidad que le corresponde en su recuperación. En algunos casos, el médico participa en el programa de educación del paciente, y se encarga de las sesiones sobre fisiología, también de aquellas que describen los fundamentos del programa. En general, el médico se encarga de supervisar las actividades de la unidad, si bien es cierto que fuera de nuestro país son numerosos los centros que están dirigidos por psicólogos, en estos casos, sin embargo, siempre existe una unidad médica de coordinación y supervisión (Loeser, 2001)
- 2. Enfermeros:** tienen un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes, en el control de las pautas de medicación y respuestas a los tratamientos. Normalmente,

también educan a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación y sus interacciones. Suelen coordinar sesiones educativas sobre estilos de vida y en aspectos relacionados con la dieta, los efectos del tabaco y el alcohol, o sobre los problemas de sueño. También se suelen encargar de la fase de seguimiento, en los contactos y controles del paciente tras su vuelta a casa (Faucett, 1994).

3. **Fisioterapeutas:** realizan valoraciones de la capacidad física, fortaleza y flexibilidad muscular, movilidad, reflejos, así como el diseño y aplicación de programas de rehabilitación física, y el seguimiento de los resultados. En general, los tratamientos consisten en una combinación de instrucciones acerca de las bases anatómicas y fisiológicas del dolor y la actividad física, ergonomía, los efectos del ejercicio sobre la salud, el uso del calor, el frío y el masaje para el control del dolor, y en la ejecución de distintos ejercicios para mejorar el estado físico y acondicionamiento general (Gonyea-Shiell y Artemieff, 1988).
4. **Terapeutas ocupacionales:** ejecutan tareas muy parecidas a los fisioterapeutas, éstos, en cambio, se centran en aspectos informativos y entrenamiento dirigidos a la conservación de la energía y la ejecución física en actividades comunes de la vida diaria y relacionadas con el trabajo. Se encargan de supervisar la realización de ejercicios pensados para facilitar la vuelta a los niveles de funcionamiento previos a la aparición del problema, o lo más parecidos. También actúan de enlace entre trabajadores y empresarios, y en ocasiones colaboran en el diseño de cambios en el lugar de trabajo para facilitar la vuelta del paciente a su ocupación (Chiu y Tickle-Degnen, 2002; Fast, 1995).
5. **Psicólogos:** se encargan de evaluar al paciente, fundamentalmente se centran en los factores de naturaleza psicológica y social (véase Simon y Folen, 2001). El psicólogo contribuye en la toma de decisiones sobre la adecuación del paciente al programa de tratamiento, y a identificar áreas relevantes, susceptibles de ser incluidas en la intervención. También diseñan y aplican los programas de tratamiento específicos a las necesidades detectadas, y en relación con los factores psicosociales implicados. Igualmente, el psicólogo fomenta la idea de la responsabilidad del paciente en su recuperación, y contribuye, junto al resto de miembros del equipo, a que los pacientes interpreten la situación que están viviendo como manejable. Asimismo, se encarga de intervenir sobre los efectos de los *otros significativos* en el problema de dolor, así como de los del dolor sobre ellos. Ayudan a modificar hábitos nocivos, tratar problemas en las relaciones personales y sexuales, en el insomnio, en el aprendizaje de nuevas habilidades y en estrategias de resolución de problemas (Jensen et al., 1995). En España, la presencia de psicólogos en los centros de tratamiento del dolor crónico, las llamadas clínicas del dolor que hay en los hospitales, es escasa aun. En cambio, en países como los Estados Unidos, es obligatorio contar con psicólogos en plantilla para conseguir la credencial del CARF (*Committee on the Accreditation of Rehabilitation Facilities*), un comité médico independiente de acreditación de servicios.

En general, se puede afirmar que los pacientes tratados en estas unidades son aquellos con los problemas más graves, son los casos más recalcitrantes, los que no se consiguen

resolver mediante otros procedimientos, aquellos que “no mejoran con nada”. Las complicaciones de estos casos trascienden el área del dolor. En este sentido, hay informes que señalan que estos pacientes sufren de trastornos de personalidad (Fishbain et al., 1986), padecen uno o más trastornos psiquiátricos (Large, 1980), la depresión entre los más habituales (Miró y Raich, 1990; Turk, Okifuji y Scharff, 1995). Aun así, estos centros son los que mejores resultados cosechan, ampliamente documentados en la literatura (véanse, por ejemplo, los trabajos de CIPHER et al., 2001; Federico, 1996; Flor et al., 1992; Loeser y Turk, 2001; Okifuji et al., 1998; Tait, 1999). Gracias a estos centros, los pacientes, más allá de disminuir el dolor, reducir o eliminar la medicación y su dependencia de los servicios de salud, aumentar el nivel de actividad, reducir el malestar emocional, además del físico, vuelven a trabajar y consiguen mejorar su calidad de vida.

De entre los factores que parecen tener una mayor influencia en el éxito de un programa multidisciplinar de tratamiento del dolor cabe destacar los siguientes (véase Aronoff y Wagner, 1988; Fishbain et al., 1993; Gatchel y Turk, 1999; Loeser y Turk, 2001):

1. Todos los miembros del equipo entienden, aceptan y aplican la filosofía del programa. Más aún, parece que es esencial el deseo real de trabajar juntos como un equipo.
2. Existe un respeto por las actividades de los otros especialistas del grupo, que se refleja en las interacciones entre los profesionales y de éstos con los pacientes.
3. Se da un refuerzo continuado y explícito a las acciones de los otros miembros del equipo.
4. La comunicación entre los profesionales es constante, fluida, empática y cálida.
5. Se realizan reuniones regulares para coordinar las acciones y verificar las actividades y progresos conseguidos por los pacientes.
6. Los especialistas entienden, aceptan y saben trabajar dentro de un modelo crónico de enfermedad.
7. Existe un compromiso con el paciente.
8. Se ejecutan seguimientos específicos de las actividades y de las acciones programadas para controlar el nivel de calidad del proyecto.
9. Se controlan los resultados.
10. Hay una atmósfera de trabajo atractiva, centrada en los problemas a resolver.
11. Los pacientes deben estar motivados para el cambio que se propone desde el programa.
12. Todos, pacientes, familiares y terapeutas, deben ser conscientes que en este tipo de programas el que debe hacer el esfuerzo es el paciente, es el único que realmente puede provocar cambios reales, duraderos y significativos.
13. Se seleccionan los pacientes más apropiados a las características del programa y de la unidad de tratamiento.

Es cierto que los tratamientos multidisciplinarios resultan caros. Por ejemplo, la empresa *Marketdata Enterprises*, a partir de un estudio realizado en 1995 de los programas disponibles en los Estados Unidos, estima que el coste medio de un tratamiento multidisciplinar es de 8.100 dólares por persona. Considerando que cada año reciben tratamiento en estos centros, un total de 176.850 pacientes, el coste final asciende a algo más de 1.400 millones de dólares. Los datos disponibles señalan que los costes asociados al tratamiento de estos pacientes antes de que lleguen a las unidades multidisciplinarias se sitúan sobre los 4.500 millones de dólares (véase Flor et al., 1992; Turk y Okifuji, 1998). La diferencia es, pues, abismal. Simmons et al (1988) y Turk y Gatchel (en prensa) aportan otros datos y análisis que ilustran mejor el impacto económico (positivo) de estos programas. Así, Simmons et al (1988) señalan que el tratamiento multidisciplinar permite un ahorro en los costes médicos de casi el 60%, porcentaje que Turk y Gatchel (en prensa) traducen en casi cuatro millones y medio de dólares anuales. Turk y Gatchel consideran que “aunque este ahorro pudiera parecer modesto, sólo [hace referencia] a los costes médicos del primer año, y no contempla aquellos que resultarían de la reducción en los pagos de pensiones por invalidez, ni las ganancias que podrían generar la vuelta de estos pacientes a la actividad laboral”. Tras diferentes cálculos, basándose en múltiples datos y fuentes, Turk y Gatchel (en prensa) señalan que el ahorro total de estos programas superaría los 100.000 millones de dólares anuales en los Estados Unidos. Así, pues, además del beneficio social que se deriva de la aplicación de estos programas, por la mejora en la calidad de vida de los pacientes y de sus allegados, los efectos de estos tratamientos también tienen una traducción económica, que si bien puede no interesar demasiado a los pacientes, al menos en primera instancia, si que debiera ser de interés, y mucho, para aquellos encargados de tomar decisiones relacionadas con la política sanitaria y de distribución de recursos (véanse también los comentarios de Thomsen et al., 2001). No en vano, parece que *los programas multidisciplinarios sirven para ahorrar dinero*.

Tabla 15. Objetivos de los programas multidisciplinarios

1. Identificar, tratar y resolver, en lo posible, cuestiones físicas que hubieran pasado inadvertidas.
2. Eliminar medicación innecesaria y pautar la adecuada.
3. Fomentar la actividad.
4. Mejorar la condición física (esto es, fortaleza, resistencia y flexibilidad muscular).
5. Devolver al paciente a unos niveles de productividad mínimos satisfactorios.
6. Mejorar el control del dolor (si es posible: eliminar el dolor).
7. Ayudar a que el cliente se responsabilice de su salud.
8. Educar al paciente a hacer un uso responsable de los servicios de salud.
9. Evitar nuevas lesiones.
10. Prevenir futuras recaídas.

11. Evitar la dependencia y el abuso de la medicación.
12. Eliminar las conductas de dolor que interfieren con una vida normal.
13. Mejorar el bienestar psicológico (depresión, ansiedad, ira, etc.).
14. Educar a la familia para la mejor colaboración de ésta en la recuperación del paciente.

3.3. Acerca del tratamiento multidisciplinar en grupo y programado

En general, las unidades multidisciplinarias de tratamiento suelen llevar a cabo sus intervenciones en grupo y de forma programada. En nuestro entorno, en cambio, la mayoría de intervenciones son individuales. Sin duda, el tratamiento individual es más flexible, es apto para trabajar con cualquier paciente, pues se ajusta a sus características y necesidades, sin más límites de programación que los que marquen el clínico y/o la institución. En cambio, el tratamiento en grupo, con una programación específica, no es tan ágil. Es una forma de trabajar mucho más cerrada, en la que no todos los pacientes tienen cabida, suele ser habitual que los centros realicen entrevistas previas para determinar si un paciente es un buen candidato para el tratamiento que ofrecen. Promover el cambio conductual, educar a los pacientes sobre su dolor y enfermedad, y aportar apoyo social, son los objetivos en los que se centran estos tratamientos (véase Keefe, Beaupré y Gil, 1999).

Gentry y Owens (1986) señalan algunas razones que justificarían la actividad grupal como técnica fundamental para ayudar a los pacientes a afrontar mejor sus problemas de dolor. Entre ellas, nosotros destacamos que el trabajo en grupo ayuda a:

1. *Compartir problemas.* Si bien es cierto que no existen dos pacientes iguales, ni dos experiencias de dolor idénticas, es correcto señalar que la mayoría de estas personas comparten necesidades y deben afrontar problemas muy parecidos. En general, se pueden utilizar estrategias parecidas con pacientes distintos, adaptándolas a las necesidades individuales y características de cada paciente.
2. *Ahorrar recursos.* Trabajar con grupos de pacientes que comparten problemas y necesidades parecidas permite racionalizar los recursos y ahorrar tiempo y esfuerzo, también reduce el impacto económico del tratamiento de estos pacientes.
3. *Compartir experiencias.* En primer lugar, el grupo aporta a cada individuo la posibilidad de contrastar en otras personas aquello mismo que el/ella está experimentando. Sternbach (1974), describe los distintos “juegos” en que entran estos pacientes, y en las manipulaciones que intentan con sus terapeutas y otras personas que no sufren el problema de dolor “en propia carne”. Estar en contacto con personas que tienen un problema parecido al suyo, cuando menos, permite que el *feedback* de lo que hacen, y cómo lo realizan, resulte más creíble del que aporta un terapeuta bienintencionado pero sin ninguna experiencia directa con el problema (“si usted tuviera que vivir con este dolor las veinticuatro horas del día, entonces veríamos...”).
4. *Disminuir la sensación de aislamiento.* En un buen número de casos, los pacientes sienten que son diferentes y que nadie puede entender lo que sienten. El grupo brinda el soporte social que facilita la lucha contra la alienación que el paciente siente, contra los sentimientos de desesperación y de falta de control sobre

los acontecimientos y su persona, también ayuda a luchar contra la ira y la rabia que sienten por encontrarse en ese estado del que parece que no podrán salir nunca.

5. *Trabajar con una perspectiva complementaria a la individual.* Efectivamente, el grupo facilita poder diagnosticar y tratar el problema en un contexto distinto del individual, incorporando actores relevantes a la resolución del problema, sea la pareja, hijos, u otros familiares y/o amigos. Poder comprobar la interacción de los pacientes con otras personas significativas del entorno, permite recoger información básica que complementa a la autoinformada por el paciente.

La mayoría de programas que existen se crearon partiendo de una perspectiva biopsicosocial, fundamentalmente orientados por una conceptualización del dolor inspirada en posiciones cognitivo-conductuales. Inicialmente, las propuestas de Fordyce (1976) contribuyeron al desarrollo de este tipo de programas. Hoy en día, se decantan hacia una posición más cognitiva. Las tablas 16 y 17 muestran de forma muy resumida y esquemáticamente dos de los programas de intervención más significativos. Son los que se utilizaban en el Centro Multidisciplinar de Dolor de la Universidad de Washington (*Multidisciplinary Pain Center, University of Washington*) y en el Centro para la Evaluación y el Tratamiento del Dolor de la Universidad de Pittsburgh (*Center for Pain Evaluation and Treatment Institute, University of Pittsburgh*). Se presentan tal como eran practicados y como nosotros los vivimos a principios de los años 90, cuando tuvimos la oportunidad de realizar sendas estancias en ambos centros en momentos distintos. El lector interesado puede recurrir a los manuales publicados por sus creadores [véase Fordyce (1973) para el tratamiento operante, Loeser y Egan (1988) publican detalles relevantes de su aplicación en el Centro de la Universidad de Washington, y Turk et al. (1983) para la propuesta cognitivo-conductual (en Philips (1988) se puede encontrar una descripción exhaustiva de un programa muy parecido al aplicado por Turk y colaboradores en el centro de la Universidad de Pittsburgh, tiene la ventaja que está traducido al castellano].

Tabla 16. Resumen del programa de actividades para pacientes del Centro Multidisciplinar del Dolor de la Universidad de Washigton

Lunes a Viernes	
07:30	Desayuno
08:00	Grupo 1: Educación sobre aspectos relacionados con el dolor
09:00	Fisioterapia Terapia ocupacional Consejo vocacional Terapia individual
12:00	Comida
13:00	Grupo 2: Adquisición de habilidades
14:00	Fisioterapia Terapia ocupacional Consejo vocacional Terapia individual
17:00	Tiempo libre
17:45	Cena
19:00	Grupo 3: Relajación y consolidación
20:00	Tiempo libre, acostarse
Martes	
17 - 17:30	Información sobre comida y nutrición (grupo)
Miércoles	
18:00 - 20:00	Natación (opcional)
Sábados y Domingos	
07:30	Desayuno
08:30	Fisioterapia
10:00	Planificación de las actividades del fin de semana
11:00	Terapia ocupacional
12:00	Comida
13:00	Fisioterapia
14:00	Tiempo libre (o salida del centro)
20:00	Grupo 3: Relajación y consolidación

Tabla 17. Resumen del programa de actividades para pacientes del Instituto para la Evaluación y Tratamiento del Dolor de la Universidad de Pittsburgh

Primera semana					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:00			Orientación general	Sesión individual	Visita programada
10:00			Orientación: Fisioterapia	Sesión individual	Visita programada
11:00			Orientación: Terapia ocupacional	Sesión individual	Visita programada

12:00			Comida	Comida	Comida
13:00			Orientación: Psicología	Sesión individual	Libre
14:00			Tratamiento: Objetivos	Sesión individual	
15:00			Relajación I	Sesión individual	
16:00					
Segunda semana					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:00	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Video: educación
10:00	Terapia ocupacional	Anatomía	Mecánica corporal	Mantenimiento y prevención	Fisioterapia
11:00	Medicación I	Medicación II	Visita: médico	Actividad personal	Conferencia: educación
12:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
13:00	Actividad personal	Terapia ocupacional	Terapia ocupacional	Dolor II: Pensamientos y emociones	Actividad personal
14:00	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia
15:00	Estrés y dolor	Relajación II	Dolor I: Pensamientos y emociones	Manejo del estrés	Terapia ocupacional
16:00	Piscina	Piscina	Piscina	Piscina	Piscina
17:00		Familia (Grupo)			
Tercera semana					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:00	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia

10:00	Revisión fin de semana	Automanejo en casa	Visita: médico	Dolor V: Pensamientos y emociones	Conferencia: educación
11:00	Actividad personal	Actividad personal	Actividad personal	Actividad personal	Comida
12:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Actividad personal
13:00	Terapia ocupacional	Manejo del estrés II	Terapia ocupacional	Mantenimiento y prevención II	Fisioterapia
14:00	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Fisioterapia	Terapia ocupacional
15:00	Dolor III: Pensamientos y emociones	Relajación III	Dolor IV: Pensamientos y emociones	Relajación IV	
16:00	Piscina	Piscina	Piscina	Piscina	Piscina
17:00		Familia (Grupo)			
Cuarta semana					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:00	Fisioterapia	Fisioterapia			
10:00	Revisión fin de semana	Ejercicios físicos			
11:00	Actividad personal	Actividad personal	Alta del tratamiento		
12:00	Comida	Comida			
13:00	Mantenimiento y prevención III	Relajación V			
14:00	Fisioterapia	Fisioterapia			
15:00	Manejo del	Terapia			

15:00	estrés III	ocupacional			
16:00	Piscina	Piscina			
17:00		Familia (Grupo)			

El programa de la Universidad de Washington tiene una duración de 19 días. En ocasiones, si el paciente lo necesita, se alarga unos días más, incluso una semana. El tratamiento es en régimen de internado, se trabaja intensivamente y en grupo. Las actividades programadas se pueden consultar en la tabla 16, incluyen los contenidos siguientes:

- *Grupo 1: Educación sobre aspectos relacionados con el dolor.* Se trata de una sesión didáctica en la que se tratan cuestiones que los profesionales consideran relevantes para los miembros del grupo, incluye, entre otros, aspectos como: teoría de la compuerta, diferencias entre dolor agudo y crónico, depresión, efectos del ejercicio y de la inactividad, mantenimiento de los logros, planificación del fin del tratamiento.
- *Grupo 2: Adquisición de habilidades.* Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el psicólogo ayuda a los pacientes a aprender estrategias para el manejo del dolor, se discuten en el grupo aspectos relevantes a sus problemas de salud. Entre otros temas, se tratan: entrenamiento en relajación, habilidades de afrontamiento, manejo de la ira, trastornos del sueño, manejo de crisis, entrenamiento en asertividad.
- *Grupo 3: Relajación y consolidación.* Liderado por alguna de las enfermeras del equipo, se analizan las estrategias que los pacientes pueden utilizar para manejar el dolor una vez haya terminado el programa. Algunos de los tópicos que se tratan son: mantenimiento de las ganancias terapéuticas, desarrollo y aplicación de un programa de afrontamiento, orientación del programa, objetivos de las sesiones de grupo, objetivos del programa, identificación de logros.

El programa de la Universidad de Pittsburgh dura tres semanas. Se trata de un programa en régimen ambulatorio. Los pacientes pasan todo el día en el instituto, aunque terminadas las sesiones de trabajo vuelven a casa, o a la residencia u hotel en el que se hospeden. Al menos mientras nosotros lo conocimos, el programa recibía un buen número de pacientes residentes en otros estados, así que desde el mismo centro se encargan de buscar alojamiento a aquellos pacientes que así lo solicitan.

Un día a la semana, entonces los martes, se invita a familiares y/o amigos del paciente a asistir a una sesión de grupo. Los profesionales de *PETI* hacen especial hincapié en la importancia de estas sesiones, se consideran una parte importante del programa de

conductas de dolor. En última instancia, se trata de facilitar el cambio de los procesos de comunicación inadaptados, así como promover y reforzar los cambios que el paciente consigue en el centro.

El último día de programa, los pacientes y sus familiares, si están presentes, se encuentran con los miembros del equipo para discutir, analizar, resumir los progresos obtenidos, y tratar planes de futuro. Cada uno de los especialistas que participa en el programa (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, director médico, psicólogo y enfermera) resume brevemente los logros del paciente a lo largo de las tres semanas, qué aspectos debe seguir trabajando y qué recomendaciones se pueden hacer en aquel momento en relación con su problema y las previsiones futuras. En la tabla 17 se recogen las distintas sesiones y actividades que tienen lugar durante las tres semanas de duración del tratamiento.

En España, la mayoría de los programas que existen están vinculados, de una forma u otra, a proyectos de investigación de departamentos universitarios y facultades. En este sentido, por ejemplo, son de mención el desarrollado por el profesor Vallejo y colaboradores que vienen aplicando desde 1990 en la UNED (véase Vallejo y Comeche, 1994), o el de la profesora Esteve y colaboradores en la Universidad de Málaga (véase Esteve et al., 2001). También nosotros, y en colaboración con los profesionales de la Clínica del dolor del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, estamos ultimando un programa basándonos en una conceptualización cognitivo-conductual como la que se apunta en los distintos capítulos de esta obra (Miró, 2002).

3.4. Aportaciones de la Psicología

Desde la Psicología se han realizado contribuciones significativas al tratamiento de los pacientes con dolor crónico. En las páginas que siguen presentamos buena parte de los tratamientos que existen, describimos sus fundamentos y comentamos brevemente sus resultados. Se presentan en secciones distintas. No pretendemos sugerir que estas formas de tratamiento deban ser administradas de forma independiente y/o única por los psicólogos clínicos y de la salud. Antes al contrario, la posición del autor de este trabajo es, precisamente, la complementariedad de las técnicas y la actuación interdisciplinar, esto es, la colaboración entre profesionales.

3.4.1. *El entrenamiento en relajación*

Las técnicas de relajación son procedimientos que tienen como objetivo enseñar a controlar el nivel de activación personal. Si bien sus orígenes son relativamente nuevos, sus antecedentes más remotos son bien antiguos (Labrador et al., 1995).

E. Jacobson ha tenido un papel fundamental en la actualización y el uso de la relajación en épocas modernas (Vera y Vila, 1995), comprobó que con la práctica sistemática de la tensión y distensión de los músculos, las personas ansiosas aprendían a discriminar las sensaciones asociadas a un estado de profunda relajación. Precisamente sobre la base de estas observaciones elaboró un procedimiento al que llamó “relajación progresiva” (Jacobson, 1938). Wolpe (1958) y Bernstein y Borkovec (1973), entre otros, ayudaron a simplificar el procedimiento, contribuyendo a su popularización. Tanto es así que algunos consideran a la relajación como “*la aspirina de la medicina conductual*” (Russo, Bird y Masek, 1980, citado por Turk et al., 1983). Si bien la relajación se empezó a utilizar como tratamiento para la ansiedad, rápidamente se aplicó al tratamiento del dolor crónico. Desde sus inicios, el entrenamiento en relajación se incluye en casi todos los programas de tratamiento (Kerns et al., 1983).

Los mecanismos a través de los que la relajación reduce el dolor están todavía bajo discusión (véase National Institutes of Health Technology Assessment Panel, 1996). No obstante, a la relajación se le atribuye la capacidad de reducir la tensión muscular, que supuestamente es responsable de algunos problemas de dolor. También, al disminuir el nivel de activación y ansiedad podría reducir el problema de dolor, en la medida que la ansiedad disminuye el umbral de dolor y potencia la percepción de éste. En este caso, el alivio del dolor será mayor cuanto mayor sea la importancia de la ansiedad en el problema y la reducción conseguida (Weisenberg, 1977). Además, hay autores que señalan que la concentración en la tarea de la relajación es beneficiosa para los pacientes, ya que si su atención está focalizada en el proceso de relajación no lo puede estar en la experiencia de dolor (véase Turk y Flor, 1984). Por otra parte, el uso de la relajación se suele recomendar porque puede proporcionar un cierto sentido de control sobre el funcionamiento fisiológico. Así, el entrenamiento en relajación serviría para incrementar la percepción de competencia y de dominio personal del paciente, facilitar su motivación

para el cambio y la adherencia al tratamiento propuesto (Philips, 1988). Finalmente, la relajación puede ser aconsejable porque ayude a resolver ciertas alteraciones de sueño, muy frecuentes en los pacientes con dolor crónico (Cautela y Groden, 1985).

El clínico dispone de diferentes procedimientos para facilitar la respuesta de relajación. Además del entrenamiento en *relajación progresiva* al que se aludía al principio de esta sección, existen otros procedimientos que se han aplicado con resultados positivos, tales como: el entrenamiento autógeno (Luthe, 1969) y los procedimientos de relajación pasiva por meditación de Benson y colaboradores (Benson, 1975; Benson et al., 1974). El entrenamiento autógeno y el muscular progresivo son los más utilizados.

El *entrenamiento autógeno* es un tipo de concentración pasiva que mediante sugerencias autoinducidas permite al sujeto alcanzar un estado de desconexión general orgánica, parecido al que se consigue con la hipnosis. Existen seis ejercicios tipo a través de los cuales puede alcanzarse el 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 cardíaco, (4) concentración pasiva en el ritmo respiratorio, (5) en la sensación de calor del abdomen superior, o (6) en la frescura de la frente. Se trata de que el paciente deje que las cosas sucedan por sí mismas, de ahí que se la conozca también con el nombre de “relajación pasiva”.

Con la técnica de la *relajación muscular progresiva* 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. Al ser ésta una técnica que requiere de cierto esfuerzo, produce menores dificultades atencionales que el entrenamiento autógeno en el que la relajación se consigue mediante autosugestión. No obstante, la relajación muscular progresiva puede provocar cierto rechazo por el temor a que el aumento artificial de tensión resulte en más dolor.

Según datos publicados por Blanchard et al. (1982) 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. Los resultados con el uso del entrenamiento autógeno también parecen positivos, al menos en el tratamiento de la migraña. Blanchard y colaboradores (Blanchard et al., 1980; Blanchard y Andrasik, 1989), por ejemplo, aprecian mejorías muy significativas en el 65% de los casos tratados.

Aunque es cierto que los datos más concluyentes se han obtenido en el dolor de cabeza (véase Lehrer et al., 1994; Miró y Raich, 1990a; Syrjala y Chapman, 1984, Turner y Chapman, 1982a), la relajación parece mostrarse efectiva en el tratamiento de cualquier problema de dolor. Por ejemplo, el dolor de espalda (Linton y Gotestam, 1984; Turner, 1982), artritis (Varni, 1981), dismenorrea (Chesney y Tasto, 1975; Heczey, 1978; Quillen y Denney, 1982) dolor del miembro fantasma (Sherman et al., 1979), dolor miofacial (Stenn et al., 1979). Así, pues, y en términos generales, las investigaciones publicadas muestran que la relajación es positiva, y que en algunos casos

redunda en mayores beneficios que otras técnicas más costosas, como el *biofeedback* (véase Arena y Blanchard, 1996; Keefe y Caldwell, 1997; Syrjala, 2001; Turner y Clancy, 1988), unos beneficios que se mantienen en el seguimiento (Turner y Romano, 1984).

Entre las ventajas de la relajación destaca que se trata de técnicas fáciles de enseñar a los pacientes, que no necesitan ni de un equipamiento especial ni de un entrenamiento costoso y/o prolongado, y que los pacientes la aceptan muy bien. Entre los inconvenientes encontramos que requiere de un esfuerzo continuado por parte del paciente, con prácticas fuera de las sesiones clínicas, y que los resultados pueden tardar en aparecer algún tiempo. En ocasiones aparecen calambres musculares. En estos casos se puede hacer una pausa, durante la que el propio paciente masajea la zona dolorida, y continuar tras la remisión del problema. A los espasmos musculares, que también pueden aparecer, no es necesario tratarlos de forma específica. En cambio, sí que conviene avisar e informar a los pacientes de qué es lo que está sucediendo.

Aunque no es habitual, en algunos casos, pocos, se han descrito un aumento de la tensión y ansiedad (Heide y Borkovec, 1983), ésta suele desaparecer con facilidad. Puede ser aconsejable tratar estos episodios con el paciente, tranquilizarle si es necesario. En ocasiones, el mero hecho de utilizar una estrategia con mayor demanda de atención parece ser suficiente para resolver el problema (véase Syrjala, 2001).

3.4.2. *Biofeedback*

Carrobles y Godoy (1987) definen al *biofeedback* como “cualquier técnica que facilite información sobre el estado de un proceso biológico (...) y le permita a través de ella, controlar voluntariamente esas actividades” (p. 17).

Las técnicas de *biofeedback* consisten en dotar al sujeto de información acerca de determinadas respuestas psicofisiológicas por medio de instrumentos monitores, eléctricos, capaces de detectar, medir, amplificar y transducir aquellas respuestas, en forma de señales visuales y/o auditivas fáciles de interpretar. Se espera que mediante el *feedback* que los aparatos suministran, el paciente sea capaz de aprender a controlar sus respuestas fisiológicas. El aprendizaje, o el control sobre las distintas funciones, se realiza de acuerdo con los principios del condicionamiento operante: el sujeto recibe refuerzos positivos contingentemente a la consecución del objetivo propuesto. Mediante ensayo y error, el sujeto aprende gradualmente a modificar la respuesta psicofisiológica, en la dirección deseada. En último término, se trata de alcanzar el control voluntario de estas respuestas sin necesidad de utilizar los instrumentos. Precisamente, el hecho de poder controlar o modificar voluntariamente funciones biológicas, consideradas autónomas o involuntarias, es una aportación fundamental del *biofeedback*, y uno de los hitos más importantes en la historia moderna del tratamiento del dolor crónico (véanse los comentarios al respecto en el primer capítulo).

La utilización del *biofeedback* en el tratamiento del dolor crónico se suele justificar sobre la base de dos argumentos, fundamentalmente. En primer lugar, se apunta la

existencia de ciertos problemas físicos etiológicamente involucrados en los cuadros de dolor crónico. Serían estos trastornos psicofisiológicos los responsables de la aparición y/o mantenimiento del dolor, por ejemplo, la tensión de los músculos frontales, del cuello y del hombro en el caso de las cefaleas. Y, en segundo lugar, se argumenta que el estrés pudiera ser la causa de algunos casos de dolor crónico. Entonces, el *biofeedback* sería útil en la medida que facilitara la relajación y disminuyera la activación autonómica. Ambas teorías son ampliamente aceptadas y se recurre a una u otra, en función del caso específico de referencia (Arena y Blanchard, 2001).

Inicialmente, las técnicas de *biofeedback* fueron usadas por Budzynski, Stoyva y Adler (1970) para el tratamiento de las cefaleas tensionales, desde entonces se han utilizado para el tratamiento de una gran variedad de problemas crónicos de dolor.

El tipo de *biofeedback* más utilizado es el electromiográfico (EMG). Con esta técnica se recoge información del nivel de actividad eléctrica de los músculos esqueléticos. La máquina que se utiliza reflejará el grado de tensión/distensión de los músculos donde se fijen los sensores (electrodos), mediante unas señales acústicas y/o luminosas.

El *biofeedback* de temperatura también se utiliza para el control del dolor crónico. En este caso, el principio subyacente es que la temperatura de la piel varía con el estrés. Específicamente, con el estrés los vasos sanguíneos se contraen y la temperatura corporal disminuye, mientras que con la relajación se produce una vasodilatación que facilita el aumento de la temperatura. Una piel cálida sería señal de relajación. Este tipo de *biofeedback* implica colocar un sensor térmico sobre la superficie de la piel para registrar la temperatura. El *feedback* también resulta de señales auditivas y/o visuales.

Las áreas de aplicación del biofeedback varían mucho, desde el dolor de cabeza (Blanchard et al., 1982; Lacroix et al., 1986), hasta los síndromes de dolor miofacial (Obson y Malow, 1987) pasando por el tratamiento de la artritis reumatoide (Christidis et al., 1986), el dolor temporomandibular (Reich, 1987), dolor del miembro fantasma (Dougherty, 1980), dolor cervical (Spence et al., 1995) o las lumbalgias (Flor y Birbaumer, 1993; Stuckey et al., 1986). Sin embargo, el tipo de dolor más ampliamente tratado ha sido la cefalea tensional utilizando técnicas de *feedback EMG* (Jessup, 1984) y es ahí donde se han conseguido los mejores resultados. También es cierto que, en un buen número de ocasiones, no ha demostrado ser más eficaz que técnicas más sencillas y económicas, como la relajación (Blanchard et al., 1983, Stuckey et al., 1986, Lacroix et al., 1986; véase Miró y Raich, 1991a).

Recientemente se han publicado informes de experiencias en las que se utilizan procedimientos telemáticos para facilitar el acceso de esta tecnología a personas en localizaciones geográficas remotas, de difícil acceso. Earles, Folen y James (2001), por ejemplo, describen casos de aplicaciones exitosas de biofeedback EMG a tres pacientes con problemas diversos. Todavía es prematuro, pero los primeros datos resultan prometedores.

Como señalan Arena y Blanchard (2001), “el *biofeedback* ha demostrado ser una buena herramienta clínica para el tratamiento de diferentes problemas de dolor crónico” (p. 1766). Sin embargo, los datos disponibles aconsejan utilizarlo junto a otros

procedimientos. En cierto sentido, el *biofeedback* implica una hipersimplificación de la naturaleza de los problemas de dolor (Turk et al., 1979; Turner y Chapman, 1982a). Los trabajos publicados parecen mostrar que puede servir de ayuda terapéutica en el marco de un tratamiento global, no se aconseja como tratamiento esencial (Gardea et al., 2001; Kerns et al., 1983; Turk y Flor, 1984; Wolf et al., 1982).

Con relación a la eficacia del *biofeedback*, se suele invocar a distintos factores (inespecíficos), más allá de los argumentos (específicos) de regulación psicofisiológica. Son factores *desconocidos*, corresponsales de los resultados y a los que genéricamente se les señala como *efecto placebo* (Saldaña y Bayés, 1985; Shahidi y Powell, 1988). En este sentido, se alude a aspectos tales como la facilitación del sentimiento de control del paciente y la mejora de sus expectativas de eficacia para resolver el problema (Jessup, 1984; Lacroix et al., 1986, Turner y Chapman, 1982a, Vallejo, 1984), la inducción de una respuesta de relajación (Chapman, 1986; Turk et al., 1979). Shapiro (1971, citado por Vallejo, 1984) indica algunas de las características que pueden hacer que un placebo sea especialmente efectivo: caro, que esté de moda, elaborado, detallado y que exija un gran tiempo de utilización. Características que, ciertamente, tienen que ver con la mencionada técnica (véase también Jessup, 1984).

3.4.3. Hipnosis

La hipnosis como medio para combatir el dolor se encuentra entre los recursos más antiguos. A principios del s. XIX se aplicaba con cierto éxito como analgesia durante distintas intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo, Barber (1996/2000) informa de los éxitos cosechados por James Esdaile, cirujano inglés que desarrollaba su labor en la India, quien habría realizado varias intervenciones de cirugía mayor utilizando la hipnosis como único método para controlar el dolor. En Europa también son conocidas las intervenciones del Dr. Cloquet, cirujano francés, quien en 1829, según recogen Chaves y Brown (1976), también habría realizado intervenciones de este tipo.

A lo largo de la historia, la hipnosis ha sufrido importantes altibajos, con adhesiones inquebrantables y rechazos importantes (véase Capafons y Amigó, 1993). Históricamente, el interés por la hipnosis se desvaneció como medio para controlar el dolor, en parte, por el descubrimiento de agentes químicos analgésicos (cloroformo). Actualmente, sin embargo, su posición es de mayor aceptación y uso. Sin dejar de ser controvertida y discutida, un buen número de psicólogos y médicos, entre otros profesionales de la salud, utilizan la hipnosis para ayudar a sus pacientes a controlar el dolor. Aun así, existe cierta controversia respecto de la naturaleza de la hipnosis. Y mientras algunos la consideran un estado alterado de la conciencia (véase Barber 1996/2000, Hilgard y Hilgard, 1994), otros aseguran que se trata de un rasgo o de una característica relativamente estable y permanente de las personas (véase T. Barber, 1984). Aunque el sistema de analgesia opiácea no parece involucrado en el proceso (Finer y Terenius, 1981), el mecanismo implicado permanece sin esclarecer (Crawford et al., 1998).

Existen diferentes procedimientos para controlar el dolor mediante la hipnosis y que J. Barber (1986, 1996/2000) ha resumido como sigue:

1. *Anestesia*. Las sugerencias hipnóticas pueden evocar alucinaciones de anestesia y provocar insensibilidad en la zona corporal escogida. En comparación con otras técnicas: “se trata de un fenómeno relativamente difícil de conseguir” (Barber, 1996/2000; p. 108).
2. *Disminución directa de las sensaciones*. Consiste en sugerir que la intensidad del dolor está cambiando o disminuyendo de forma gradual.
3. *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. Esta técnica tiene algunas ventajas adicionales. Por ejemplo, facilita que el paciente no olvide el problema y continúe con el tratamiento y los cuidados que se le prescriban. Incluso en algunos casos, puede ayudar a avanzar en la recuperación del paciente sin que la pérdida de “beneficios secundarios” resulte traumática, e interfiera en el proceso. En estas situaciones, podría facilitar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones.
4. *Desplazamiento*. Implica desplazar el dolor de una zona del cuerpo a otra menos molesta para el paciente. El objetivo de esta estrategia es, pues, conseguir que el dolor se convierta en un acontecimiento menos invalidante y amenazador, más soportable.
5. *Disociación*. Con esta estrategia se pretende que si bien el paciente sigue percibiendo el dolor, éste ya no causa tanto sufrimiento. A través de estas sugerencias, el paciente es capaz de describir el dolor, incluso con gran precisión, aunque sin ningún sustrato afectivo, lo hace “desde la distancia”, es decir, se sigue percibiendo el dolor pero no se sufre, tampoco preocupa.

La hipnosis se ha aplicado a gran número de problemas de dolor crónico, y con buenos resultados (véanse Chaves, 1994; Holroyd, 1996; Syrjala y Abrams, 1996; Weisenberg, 1998). Por ejemplo, en el dolor del miembro fantasma (Rosen et al., 2001; Sthalekar, 1993), dolor de cabeza (TerKuile et al., 1994) o el cáncer (Syrjala et al., 1992). Algunos autores señalan que la efectividad de la hipnosis deriva de las capacidades distractivas de las estrategias cognitivas utilizadas (Farthing, Venturino y Brown, 1983; McCaul y Malott, 1984; Miller y Bowers, 1986). Incluso hay quien sugiere que la hipnosis no es efectiva por sí sola y que su utilidad viene dada como técnica de apoyo para desarrollar otras técnicas, así como para incrementar las expectativas y canalizar las demandas (García, 1985).

Aunque la hipnosis parece mostrarse efectiva, presenta limitaciones de cierta importancia. En primer lugar, existe una dependencia muy importante del terapeuta. Si bien existen algunas técnicas para el tratamiento mediante autohipnosis autores como Orne y Dinges (1989) señalan que es difícil que los efectos se mantengan durante largos

periodos de tiempo sin el contacto directo con el hipnotizador. En segundo lugar, la alteración del nivel de conciencia provoca una interrupción en la actividad que realiza el sujeto, así resulta difícil considerarlo como un tratamiento adecuado para casos de larga duración. Por último, y al igual que sucede con otras técnicas, la hipnosis descuida aspectos importantes en la experiencia de dolor. Quizás por ello 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 muy importantes (véanse los trabajos de Patterson et al., 1992, 1997, en el tratamiento del dolor relacionado con las quemaduras).

3.4.4. Tratamiento sobre la base del manejo de contingencias (condicionamiento operante)

La aplicación de las técnicas basadas en los principios del condicionamiento operante para el tratamiento del dolor crónico es un hito fundamental, uno al que al principio de nuestro trabajo señalábamos como un acontecimiento revolucionario. El trabajo de Wilbert E. Fordyce y colaboradores ha sido primordial en la aplicación y desarrollo de este tipo de estrategias en el tratamiento de pacientes con problemas crónicos de dolor y discapacidad (véase, Fordyce, 1976; Fordyce et al., 1968a,b, 1973; Fordyce et al., 1985). Otros autores como Cautela (1986), Keefe (1994), Linton (1986), Roberts (1986), Sanders (1999) o Sternbach (1989), han contribuido a demostrar la eficacia de las técnicas y procedimientos operantes y a ampliar sus áreas de actuación.

Este tipo de tratamiento se recomienda cuando (Follick et al., 1982; Fordyce, 1976, 2001; Keefe y Lefebvre, 1999; Sanders, 1999):

1. No se consideran apropiadas nuevas intervenciones médico-quirúrgicas.
2. La realización de ejercicio físico no está contraindicado, y se aprecia que el paciente es capaz de recuperar los niveles de funcionalidad física.
3. El paciente exhibe conductas de dolor cuyas contingencias son potencialmente modificables.
4. El dolor impide al paciente realizar una actividad social y/o laboral normal.
5. El paciente es capaz de identificar metas específicas, observables y medibles, y éstas son susceptibles de ser alcanzadas en el intervalo de tiempo marcado por el programa.
6. El paciente debe estar motivado para participar en el programa e indicar explícitamente que está dispuesto a aprender a vivir con su dolor.
7. Los familiares deben estar motivados y deseosos de cambiar su conducta, y de ayudar al paciente a aprender a modificar su conducta.

En uno de los primeros informes sobre los efectos de la terapia de conducta en el manejo de los problemas de dolor crónico, Fordyce et al. (1968) describen los progresos de una paciente de 37 años, con una historia de poco más de 18 años de dolor de espalda y cuatro intervenciones quirúrgicas. Todos los tratamientos administrados no habían

conseguido ninguna mejoría significativa, antes al contrario. En cambio, ahora, cuando era tratada con un programa de activación gradual, la paciente mostró una mejora del 150% en una función tan relevante como es la de andar.

El tratamiento descrito por Fordyce y colaboradores resulta efectivo en el aumento de la actividad general, la tolerancia al ejercicio y las actividades físicas, también en la reducción de la medicación. Y si bien las reducciones iniciales de dolor pueden ser importantes, la reducción durante periodos largos de tiempo no es habitual, se suelen mantener a un nivel entre el 20% y el 30% (Keefe y Lefebvre, 1999). No obstante, el objetivo de las técnicas operantes no es el de incidir directamente en la nocicepción ni en el dolor (Fordyce et al., 1985; Roberts, 1986); no pretenden reducir el dolor, de lo que se trata es de mejorar la funcionalidad del paciente. Más concretamente, los objetivos del tratamiento son:

1. Reducir o eliminar las conductas de dolor, tales como lamentos, ingesta de fármacos, uso de asistencia médica, o conductas de protección de los miembros afectados y, en definitiva, cualquier conducta de dolor que suponga una evitación de los movimientos necesarios para gozar de una vida activa satisfactoria.
2. Aumentar las conductas sanas o adecuadas (*well behaviors*), incompatibles con las de dolor, dirigidas a facilitar el restablecimiento del nivel de actividad social y laboral previo a la aparición del problema.
3. Modificar las contingencias que mantienen las conductas de dolor así como las de aquellas que tienen que ver con las conductas adecuadas.

El tratamiento se inicia con la toma de línea base tanto por lo que hace referencia a la ingesta de medicamentos como al nivel de funcionalidad y de actividad del paciente. En este sentido, se solicita al paciente que realice repeticiones de determinados movimientos y ejercicios hasta que el dolor o la fatiga le hagan parar. En el caso de los ejercicios que consisten en andar o ir en bicicleta estática se registra la distancia recorrida, en otros el tiempo es la unidad de medida. Estos ensayos se realizan de dos a cuatro veces, con una separación de unos 30 minutos para facilitar la recuperación del paciente, y durante dos o tres días. La media de las repeticiones realizadas (o del tiempo empleado) constituye la línea de base y marca el nivel de referencia para el diseño de los programas de reactivación y movilización.

La recuperación o normalización del nivel de actividad se consigue mediante un *programa de rehabilitación física o removilización*, sobre la base de una serie de ejercicios físicos que se hacen más exigentes a medida que el paciente avanza.

Inicialmente, suele ser habitual pedir a los pacientes que realicen entre dos terceras y tres cuartas partes de las repeticiones realizadas durante el periodo de evaluación. La idea es que las primeras cuotas resulten fáciles de alcanzar, se trata de asegurar el éxito, y con ello la motivación y el refuerzo de la conducta del paciente. Con este diseño, también se asegura que los momentos de descanso tienen lugar antes de llegar a un punto álgido máximo en el que el paciente ya no puede hacer nada más. El descanso no se hace nunca

de forma contingente a los episodios de dolor.

Dentro de este programa de tratamiento, la marcha rápida también resulta una estrategia efectiva para fomentar la reactivación y unos niveles de actividad adecuados. A los pacientes se les debe explicar que el objetivo no es promover el hábito de andar rápido. Se trata (Fordyce, 1976) de utilizar una respuesta incompatible con la falta de ejercicio. Más aun, apuntar la idea de que, en su caso, moverse con cierto vigor no es malo ni peligroso. Una información que también es importante que llegue a familiares y amigos, pues son colaboradores importantes en la aplicación del programa de reactivación. Los pacientes deben recibir instrucciones precisas sobre la velocidad que se espera que alcancen para realizar cada “carrera”, también deben saber que no deben intentar superar esos niveles objetivos en más de uno o dos segundos. En Wells y Lessard (1989) puede encontrarse un programa para la educación del movimiento.

La normalización del nivel de actividad también se basa en un *programa de rehabilitación funcional*. En este caso se persigue conseguir un estilo de vida normal de acuerdo con la situación del paciente. Las estrategias para alcanzar las metas señaladas son, entre otras, la retirada de la atención a las conductas de dolor y el reforzamiento de las conductas adecuadas. En estas actuaciones se busca la complicidad de todos aquellos que tienen una relación importante con el paciente, generalmente la familia y el personal sanitario. Se requiere del paciente que lleve registros de sus actividades así como la realización de los gráficos correspondientes con objeto de aumentar su motivación.

En esta parte del programa colaboran diversos profesionales, pues se incide en todos los ámbitos de la vida del paciente: laboral, familiar, en el hogar y en actividades de recreo. Se trata, en suma, de ayudar al paciente a recuperar un nivel de actividad parecido o igual al que tenía antes de la aparición del problema, fomentar la idea que es posible, seguro y satisfactorio realizar una “vida normal”, *en movimiento*, sin que ello implique un aumento del dolor, y romper el círculo vicioso de evitación - inactividad - deterioro físico - dolor - inactividad - evitación.

Por lo que respecta a los medicamentos, la toma de la línea base se suele realizar durante una semana. Sin embargo, si las condiciones lo permiten, la observación clínica y el registro directo por parte del profesional, durante un día, podría ser suficiente para establecer la línea base sobre la medicación y el intervalo entre tomas (Fordyce, 1976). Conocida la línea base, los ingredientes activos de los analgésicos y sedantes son convertidos en equivalentes de la metadona y del fenobarbital, respectivamente, para confeccionar el llamado “combinado del dolor” (*pain cocktail*). En este combinado, las dosis que corresponden al consumo medio de un día serán diluidas en un líquido – normalmente un extracto de fruta, el de cereza ha sido muy habitual para enmascarar el color y el sabor del combinado (véase Buckley et al., 1986). Progresivamente se van disminuyendo los componentes activos del *combinado* que solamente se podrá tomar a intervalos fijos que se irán dilatando, sucesivamente. El intervalo entre tomas no debe ser superior al del registrado durante el periodo de evaluación inicial (toma de línea base). Obviamente, se ha de evitar que la ingesta sea contingente a los episodios de dolor. Así, se puede conseguir que la medicación desaparezca totalmente. El paciente deberá ser

informado del procedimiento y dar su consentimiento, al alcanzar la reducción total también se le informará. Para facilitar la transición, se suele ofrecer la oportunidad de continuar con el *combinado* durante algunos días, aunque ya no tenga ningún ingrediente activo.

El entrenamiento de la familia resulta un aspecto esencial de este tipo de tratamientos puesto que de su colaboración depende en gran medida el éxito terapéutico, sobre todo a largo plazo (véase Rowat y Jeans, 1989 para una revisión).

Las primeras aportaciones de Fordyce y colaboradores (véase Fordyce et al., 1968) hacían referencia a un tratamiento realizado exclusivamente en régimen de internado. Si bien el internado tiene una clara utilidad, plantea, a su vez, ciertos inconvenientes. Aunque han informado de datos que afirman el mantenimiento de las ganancias durante el periodo de seguimiento (p. ej. Roberts y Reinhardt, 1980), no es corriente que éstas aumenten al acabar el programa (Turner y Clancy, 1988).

Además de los problemas relacionados con la generalización y mantenimiento de los resultados obtenidos durante la hospitalización, el alto coste del tratamiento hace que estos programas sean poco accesibles a gran parte de la población. Por ejemplo, Turk et al. (1983) apuntan a 12.000\$ por tratamiento de 8 semanas de duración. No nos extraña, pues, que en los últimos años el programa original del *Multidisciplinary Pain Center* de la Universidad de Washington se haya transformado en una actuación en régimen ambulatorio.

Desde que W.E. Fordyce y colaboradores aplicaron por primera vez este tratamiento a 3 pacientes con dolor crónico de espalda, su uso se ha extendido considerablemente, de manera que actualmente casi cualquier programa de tratamiento recoge en totalidad o en parte la filosofía del tratamiento operante. Por regla general, los trabajos publicados confirman la idea de que el tratamiento funciona (p. ej., Fordyce 1988; Keefe, 1994; Keefe y Gil, 1986; Linton, 1986; Roberts, 1981; Romano et al., 1988; Sanders, 1996; Tait et al., 1988; Winters, 1985). Lo que no está tan claro es si funciona para todo tipo de síndromes de dolor y para cualquier sujeto (Follick et al., 1982; Miró y Raich, 1991b). Pues, aunque algunos pacientes puedan ser capaces de controlar las conductas de dolor no significa que todos puedan (Turk y Flor, 1987). Tampoco está nada claro qué ingredientes del tratamiento son los activos. En efecto, parece que en el proceso terapéutico actúan otros factores, más allá del refuerzo de las conductas adecuadas y la extinción de las conductas de dolor. Por ejemplo, Turk et al., (1983) sugieren la reconceptualización del dolor. En efecto modificar el concepto de dolor con el que el paciente llega a consulta, de manera que un problema que se suponía meramente físico, y de estricta solución médica, pase a ser un problema multifactorial, se puede conseguir la impresión de que algo puede hacerse con ese dolor que anteriormente parecía no tener solución.

La mejora de las expectativas gracias a la realización de determinadas actividades, también pueden facilitar la recuperación. De hecho, el mismo Fordyce ha demostrado que la supuesta relación positiva y directa entre ejercicio físico y conducta de dolor no es real (Fordyce et al., 1981), en verdad los pacientes dejan de hacer los ejercicios por

motivos muy distintos al problema de dolor. Así, pues, la mejora de las expectativas puede aumentar la motivación y los esfuerzos que paciente y familiares dedican al tratamiento. En algunos casos, al incorporar procedimientos que nada tienen que ver con el manejo de contingencias, como son el *counseling* o la misma terapia ocupacional, se enmascara el alcance real de las intervenciones. En este sentido, es ilustrativo el trabajo de Hardardottir, James y Owen (1988), quienes observan que la mayoría de estudios publicados en los que se han utilizado métodos operantes, no se indica con suficiente claridad el nivel de adhesión a los principios de la analítica conductual y, así, resulta difícil afirmar que los resultados, buenos o malos, sean consecuencia de las técnicas del manejo de contingencias. Hardardottir y colaboradores analizaron hasta qué punto los trabajos publicados en los que se utilizó técnicas operantes se regían por los métodos del análisis conductual y si estos datos eran suministrados por los autores de aquellos artículos. Concretamente, evaluaron los siguientes indicadores: (1) identificación de las conductas meta, (2) identificación de las contingencias reforzantes, (3) identificación de los refuerzos para incrementar las conductas adecuadas y (4) generalización y mantenimiento de los resultados. De los 25 estudios revisados, únicamente uno de ellos aportó información sobre los 3 primeros indicadores, pero no del cuarto. El resto de ellos, bien no lo hicieron en ningún caso, bien sólo en alguno de ellos. A la luz de estos datos, y recogiendo las conclusiones de Hardardottir et al (1988), parece que las valoraciones sobre los efectos de estas técnicas han sido demasiado optimistas, la justificación empírica de las relaciones funcionales hipotetizadas sobre la base del análisis conductual del dolor crónico es escasa (véase la reciente revisión de van Tulder et al., 2000).

No obstante, existen informes donde se señala que la persistencia de las conductas de dolor es un factor de riesgo asociado a la discapacidad y a la dificultad para volver al trabajo (Sanders, 1995; Linton, 2001). La reducción de las conductas de dolor parece necesaria, pues, para aumentar la actividad física del paciente y ésta, a su vez, para mejorar el estado general de salud y facilitar la recuperación de una vida familiar, social y laboral satisfactoria.

3.4.5. Técnicas cognitivas

Durante los años 60 y 70, gracias al trabajo de autores como Ellis y Beck, los procesos cognitivos, en tanto que factores desencadenantes y/o mantenedores de problemas conductuales y de salud, reciben considerable atención. Desde entonces, la aplicación de técnicas cognitivas en el tratamiento del dolor crónico ha venido creciendo constantemente.

Hecho que es consistente con el *zeitgeist* que acontece dentro de la Psicología donde se observa un incremento por el interés de las aportaciones cognitivas tanto en su vertiente teórica como en la aplicada.

Como señalan Feixas y Miró (1993), las terapias cognitivas carecen de un marco teórico unificador, resulta difícil delimitar los conceptos básicos (véase el análisis de

Caro, 1997). No obstante, se pueden esbozar algunas ideas generales.

Según Semerari (2002), la terapia cognitiva se basa en tres tesis:

1. La presencia de unos esquemas o formulaciones cognitivas inadaptados que regulan el procesamiento y la elaboración de la información de una forma inadecuada, patológica.
2. Los esquemas, específicos según los trastornos, se manifiestan a través de los pensamientos automáticos y la imaginación consciente. Y son el terapeuta y cliente quienes los esclarecen, e identifican los procesos subyacentes gracias al análisis de los procesos de pensamiento.
3. Los esquemas son susceptibles de análisis lógico y verificación empírica. De ahí que se equipare esta forma de proceder con el quehacer del científico (véase, por ejemplo, Kelly, 1955; el lector interesado también puede consultar la reciente edición de unos textos escogidos de Kelly, cuya edición corre a cargo del profesor G. Feixas; véase Maher, 1969/2001).

En el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, las técnicas más utilizadas consisten en aportar información específica, reconceptualizar el problema y entrenar en el uso de distintas técnicas de afrontamiento (Turk y Okifuji, 2001).

Ciertamente, el procedimiento de *facilitar información* al paciente es más habitual en casos de dolor agudo. Sin embargo, se utiliza también en pacientes con dolor crónico en ocasiones en las que estos pacientes se someten a procedimientos médicos estresantes, por ejemplo, relacionados con la evaluación de aspectos físicos. En ocasiones, se ha observado que el mero hecho de facilitar información acerca de futuros acontecimientos potencialmente dolorosos para el paciente, puede constituir un procedimiento adecuado para reducir el malestar y prevenir el incremento del dolor (véase Miró, 1997). Esos efectos parecen relacionados con un cierto sentimiento de controlabilidad que la información parece conferir al sujeto (p. ej., en los métodos médicos de exploración invasiva; véase Salmon, 2000). La información suele ser de alguno de estos dos tipos, o alguna combinación: (1) acerca de los objetivos y procedimientos del método a utilizar, y (2) relacionada con las sensaciones específicas que el paciente puede experimentar durante el proceso exploratorio. La eficacia de este procedimiento no es un hecho firmemente establecido y aunque parece que en algunos casos la información sensorial es más efectiva que la información acerca del procedimiento, los resultados obtenidos son en buena medida contradictorios (en Miró, 1997 se puede encontrar una revisión de la literatura).

La información también forma parte de la mayoría de programas para el tratamiento de problemas crónicos de dolor. Por ejemplo, suele ser habitual que los pacientes reciban indicaciones precisas acerca de formas más adecuadas para realizar ciertos ejercicios y actividades cotidianas. Estos tratamientos programan sesiones informativas sobre temas como la naturaleza del dolor, factores mantenedores, la relación entre parámetros psicosociales y dolor, entre estrés y dolor, los efectos del dolor en la familia y amigos,

también charlas sobre actividad física, interacciones sociales y sexuales, sueño, alimentación, uso de medicación, etc. Por ejemplo, en las llamadas escuelas de columna (*back schools*) el componente informativo es esencial, sin embargo su efectividad sigue sin ser demostrada (QTFSD, 1987).

La *técnica de la reestructuración cognitiva* es una de las técnicas más utilizadas en el tratamiento de estos pacientes, independientemente de la orientación teórica del clínico. Se pretende modificar o eliminar los pensamientos irracionales que el paciente haya podido elaborar acerca de las causas originarias del dolor, se trata de reconceptualizar el problema, transformando un acontecimiento incontrolable, insoportable, e inevitable, en un problema que es evitable, controlable y que se puede soportar. El objetivo final es que el paciente adquiera un sentido de control sobre su problema. En la reestructuración cognitiva se enseña a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos negativos y crear otros más correctos y adaptados. Es importante que el terapeuta presente correctamente la técnica al paciente, ésta debe resultar plausible, significativa y adecuada para tratar su problema crónico de dolor. Para ejemplificar cómo los factores psicológicos, además de los físicos, juegan un papel importante en la experiencia de dolor, se suele utilizar un modelo simplificado de la teoría de la compuerta. En este proceso, más que la validez científica del modelo, lo realmente relevante es que éste resulte convincente y comprensible para el paciente. Es recomendable personalizar los ejemplos que se utilicen para ilustrar los efectos de los factores cognitivos y afectivos en el dolor (véase Karoly et al., 1981).

Tabla 18. Ejemplos de factores que inciden en la compuerta de control

Factores	Abren la compuerta	Cierran la compuerta
Cognitivos	Catastrofismo Centrar la atención en el dolor	Verbalizaciones de afrontamiento Fijar la atención en otras cosas distintas al dolor
Afectivos	Ansiedad Depresión	Optimismo Felicidad
Físicos	Tensión muscular Ejercicio excesivo	Relajación muscular Medicación

El siguiente paso es ayudar a reconocer, comprender y aceptar que las respuestas emocionales a la experiencia de dolor están influidas por la forma de pensar del paciente, las ideas que tiene acerca del dolor y sus posibles implicaciones futuras. Se pretende que el paciente comprenda que si bien muchas veces es imposible evitar acontecimientos estresantes, sí que es posible hacer alguna cosa en relación con el impacto que tienen en la vida de cada uno y, en especial, en la experiencia de dolor. Comprender la relación

entre pensamientos y emociones es el primer paso para que aprendan a identificar los pensamientos automáticos que afectan negativamente a su experiencia de dolor y discapacidad, evaluar la veracidad de tales ideaciones, pensar en formulaciones alternativas y sopesar los efectos que tendrían estas formas de pensar más positivas y realistas.

Es habitual que los pacientes informen de problemas para identificar los pensamientos negativos automáticos relacionados con el dolor. En muchos de estos casos se debe realizar un esfuerzo importante para ayudarles. Suele funcionar entrenarles a recoger información, entre sesiones, sobre los pensamientos y emociones que experimentan en un episodio intenso de dolor, tanto durante como inmediatamente después de éste.

Se les entrena en el uso del autoregistro, reciben instrucciones precisas de la información a registrar. Normalmente, el paciente anota, además de distintas características de la experiencia de dolor tales como la intensidad o la duración, la situación en la que se produjo, los pensamientos que sucedieron, las reacciones físicas y los sentimientos asociados. En fases subsiguientes del entrenamiento, el paciente identificará pensamientos alternativos, más adaptados y funcionales. Los datos que recoge el paciente serán muy útiles para las sesiones terapéuticas, tanto para ejemplificar las explicaciones del terapeuta como para facilitar situaciones reales en las que practicar las técnicas de afrontamiento.

Actividad/ Acontecimiento/ Situación	Pensamientos	Reacción física	Sentimientos	Pensamientos alternativos
Levantarse con dolor intenso	Mejor me quedo en cama, no sea que el dolor empeore. Hoy puedo dar el día por perdido. Hoy va a ser un día terrible, seguro que el dolor va a empeorar	Tensión muscular	Depresión Ira Frustración	Podría empezar por pequeñas cosas. Debería descansar a intervalos regulares, antes de llegar al punto en que el dolor empeore. Si me levanto y hago alguna cosa, seguro que me siento mejor. No es seguro que el dolor vaya a empeorar.

Figura 16. Ejemplo de autoregistro

El objetivo de esta intervención no es que el terapeuta convenza al paciente, más bien se intenta que sea el cliente quien, con la ayuda del terapeuta, contraste la validez de sus

interpretaciones a la luz de la evidencia disponible. Se trata, pues, de confrontar la veracidad de los pensamientos y reducir el impacto de las emociones negativas asociadas a aquellos pensamientos negativos erróneos.

La tercera de las técnicas que señalábamos al principio consiste en fomentar el *aprendizaje de estrategias cognitivas*, tanto para el manejo de la atención, como para facilitar la relajación y como medio para generar verbalizaciones positivas de afrontamiento. La relajación ya se comentó en páginas precedentes, veamos ahora las otras dos posibilidades.

Existen varias estrategias que permiten redirigir la atención hacia aspectos distintos del dolor, que facilitan el afrontamiento efectivo del problema y que tienen la imaginación como denominador común. Entre ellas destacan (Turk et al., 1983):

1. *Inatención imaginativa*. Se pretende ignorar el dolor imaginando historias que sean incompatibles con esta experiencia. Por ejemplo, imaginar que se está pasando un día muy agradable en la playa.
2. *Transformación imaginativa del dolor*. En este caso, se reconocen las sensaciones nocivas pero se las interpreta como algo distinto del dolor, es decir, se transforma imaginativamente su significado así como sus efectos, se consideran esas sensaciones como triviales o irracionales. Por ejemplo, sentir como si la zona afectada estuviera entumecida en vez de dolorida.
3. *Transformación imaginativa del contexto*. También aquí se reconoce la presencia del dolor pero se transforma imaginativamente el contexto en el que tiene lugar. Por ejemplo, imaginar que es un jugador de baloncesto que ha sufrido un golpe y que a pesar de sentir dolor debe continuar el partido porque de él depende la consecución de la victoria para su equipo.
4. *Desviar la atención hacia estímulos externos*. Centrar la atención en características físicas del ambiente. Por ejemplo, estudiar atentamente las formas dibujadas en un póster.
5. *Desviar la atención por medio del pensamiento*. Centrar la atención en pensamientos autogenerados (sin utilizar imágenes) que exige un procesamiento cognitivo o una memorización. Por ejemplo, realizar operaciones aritméticas o estudiar un texto complicado.
6. *Somatización*. Centrarse en la zona corporal donde se experimenta el dolor y estudiar de la forma más precisa posible las sensaciones que allí experimenta, como si de ello dependiera la redacción de un artículo sobre sensaciones nociceptivas.

Las *autoverbalizaciones positivas* es otra estrategia utilizada con asiduidad. Se trata de entrenar al paciente a utilizar afirmaciones y pensamientos positivos, adaptativos, que faciliten el afrontamiento de los episodios de dolor. Por ejemplo, “puedo hacer alguna cosa para controlar el dolor. Voy a mantener la calma. Me relajaré. Sé que ahora es el momento para poner en práctica las estrategias que aprendí. Puedo hacer frente a este dolor. No voy a permitir que me venza...”. Una vez el dolor ha remitido o disminuido,

caben fórmulas como “sabía que podía hacerlo, la verdad es que lo hice bastante bien, no me dejé llevar y he podido controlar el dolor...”. Son procedimientos muy utilizados para luchar contra los episodios súbitos de dolor intenso que suelen sufrir las personas con problemas crónicos de dolor.

Las técnicas cognitivas han sido aplicadas a gran número de síndromes de dolor y con resultados positivos, tales como: artritis reumatoide (Appelbaum et al., 1988), lumbalgia (Turner y Jensen, 1993; Turner y Clancy, 1988), cefalea tensional (Holroyd y Andrasik, 1982; Tobin et al., 1988), migraña (Brown, 1984), dolor miofacial (Stem et al., 1979), de los miembros superiores (Spence, 1989). Si bien la mayor parte de trabajos publicados incluyen muestras de pacientes con síndromes de dolor muy heterogéneos (p.ej., Corey et al., 1987; Dolce et al., 1986; Edelson y Fitzpatrick, 1989; Kerns et al., 1985; Puder, 1988; Smith et al., 1987; Subramanian, 1987).

Los aspectos deficitarios de las técnicas cognitivas son muy similares a los de las técnicas presentadas antes. En primer lugar, no existen suficientes datos sobre periodos de seguimiento largos. En segundo lugar, las diferentes técnicas utilizadas en los paquetes de tratamiento, si es que son descritas, impiden una adecuada valoración de los resultados. En tercer lugar, faltan estudios que permitan discernir qué aspectos son los más efectivos de entre los que se aplican.

Aunque las técnicas cognitivas parecen redundar en cambios positivos para los pacientes con problemas crónicos de dolor, la verdad es que normalmente aparecen en combinación con otras (véanse los trabajos de Tan, 1982; Turner, 1996). Lo más habitual, de hecho, es encontrar programas de tratamiento cognitivo-conductual, y así resulta difícil identificar los ingredientes activos y aquellos de mayor peso en el resultado final. En relación con los procedimientos cognitivos-conductuales parece que son realmente efectivos en el tratamiento del dolor crónico, probablemente más que los tratamientos de tipo operante (ver Kerns et al., 1985; Kole-Snijders et al., 1999), y que la relajación y/o biofeedback (ver Holroyd y Andrasik, 1982; Tobin et al., 1988) y que la hipnosis (ver Edelson y Fitzpatrick, 1989). Esta mayor efectividad quizás sea debida a que el abordaje cognitivo-conductual incluye las diferentes dimensiones que comprenden el dolor y que aquellas técnicas, por separado, descuidan. Además del mencionado talante global e integrador, otros aspectos positivos del enfoque cognitivo-conductual son que es el propio paciente quien las aprende a usar de un modo autónomo y activo, se facilita su generalización y mantenimiento, y son de fácil aplicación.

3.4.6. Una aproximación cognitivo-conductual al tratamiento de pacientes con problemas de dolor crónico

El trabajo de Dennis C. Turk y colaboradores ha sido fundamental para el desarrollo de programas de tratamiento del dolor crónico desde una perspectiva cognitivo-conductual (véase Turk, 1978; Turk y Genest, 1979; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Su propuesta nace de la aplicación al campo del dolor de la técnica conocida como “inoculación contra el estrés” desarrollada, fundamentalmente, por Donald

Meichenbaum (véase Meichenbaum, 1977). Otros programas de carácter cognitivo-conductual pueden encontrarse en los trabajos de Follick et al. (1987), Gottlieb y colaboradores (Gottlieb et al., 1977; Kulich y Gottlieb, 1985) y Khatami y Rush (1978).

Contrariamente a las sugerencias de algunos autores (ver Ciccone y Grzesiak, 1984; Rachlin, 1985), Turk y colaboradores entienden que no existe razón alguna para considerar la perspectiva operante y la cognitiva como incompatibles, y afirman que ambas son susceptibles de ser integradas para formar un tratamiento multimodal con el que conseguir aliviar el sufrimiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Algunos (ver Sternbach, 1989) lo han tildado de puro eclecticismo, aunque el mismo Fordyce (2001), recogiendo evidencias actuales, señala que: “los programas creados sobre la base de la filosofía del manejo de contingencias y sobre la base del método cognitivo-conductual [actualmente] se solapan y a veces no se pueden distinguir”.

El objetivo de la aproximación cognitivo-conductual no es eliminar el dolor, aún cuando la intensidad del dolor pueda reducirse como consecuencia de las intervenciones practicadas. De lo que se trata es de mostrar a los pacientes que pueden llevar una vida más satisfactoria, a pesar de los posibles problemas que pueda ocasionar el dolor, conferir al paciente un sentido de autoeficacia y de control sobre el problema que antes no tenía.

Tabla 19. Supuestos de la perspectiva cognitivo-conductual

1. Las personas construyen su propia realidad a partir de los datos que perciben y procesan activamente, son procesadores activos de la información.
2. La conducta está determinada recíprocamente tanto por las características personales internas de los actores, como por sus características externas.
3. Los pensamientos, sentimientos y procesos fisiológicos interactúan e influyen recíprocamente y sirven de estímulo para las conductas de las personas.
4. Las personas pueden aprender nuevas formas (más adaptadas) de pensar, sentir y comportarse.
5. El aprendizaje de estas formas más adaptadas requiere de la implicación activa de los actores en cuestión.

Tabla 20. Objetivos de la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de los problemas crónicos de dolor

1. Reconceptualizar el problema del dolor. Se trata de conseguir que el paciente contemple al dolor como un problema que resulta manejable, en parte al menos y, así, combatir la posible desmoralización y sentimientos de

desesperanza.

2. Enseñar las relaciones e influencia recíproca entre pensamientos, emociones y conducta, y entre éstos y el nivel físico.
3. Ayudar a que el paciente adopte un rol activo en la resolución del problema, que sea una persona con recursos y competente para aplicarlos.
4. Enseñar estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas que se pueden utilizar para hacer frente a los problemas de dolor.
5. Facilitar el aumento de las expectativas de eficacia personal y las auto-atribuciones positivas, en relación con los resultados conseguidos en el afrontamiento del dolor.
6. Ayudar a los pacientes a prevenir recaídas, anticipar problemas y generar soluciones.
7. Facilitar el mantenimiento y la generalización de los resultados obtenidos en la clínica.

De forma resumida, se puede describir un programa genérico a lo largo de seis fases o momentos: evaluación inicial, reconceptualización, adquisición y consolidación de habilidades, aplicación práctica y repetición del entrenamiento, generalización y mantenimiento y seguimiento. Veámoslas.

Evaluación inicial

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, tanto el proceso de evaluación como el de tratamiento son interdependientes, el entrenamiento en recoger e interpretar los datos incrementa la capacidad del paciente para resolver el problema, mientras que la reconceptualización del síndrome de dolor facilita la adquisición y consolidación de habilidades.

Durante el proceso de evaluación se recogen datos de factores físicos, psicosociales y conductuales que van a ser utilizados en la fase de tratamiento. A grandes rasgos, la evaluación sirve para aportar información con la que: (a) establecer el nivel físico del paciente, (b) contrastar los progresos conseguidos, (c) determinar la naturaleza del problema y las características del paciente, (d) establecer metas de tratamiento apropiadas y objetivas, (e) iniciar el proceso de reconceptualización, y (f) definir la importancia de los allegados en el mantenimiento del problema, así como el de su papel en la recuperación del paciente.

En el capítulo anterior se comentaron los requisitos y procesos precisos de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico, así que no vamos a entrar en más valoraciones. Lo que sigue son detalles de los aspectos relacionados con el proceso de tratamiento.

Reconceptualización

La fase de reconceptualización está pensada, especialmente, para facilitar el cambio, para preparar al paciente para futuras intervenciones. Responde al reto de intentar anticiparse, y minimizar, la resistencia del paciente y el incumplimiento de las

indicaciones del terapeuta. Pretende, además, eliminar las ideas irracionales que pueden haberse ido instaurando acerca del problema que le aqueja.

Antes lo apuntábamos: desde la perspectiva cognitivo-conductual, el tratamiento empieza con la evaluación del paciente. En efecto, desde el primer contacto, el clínico impulsa, facilita, la modificación del concepto que tiene el paciente acerca del problema de dolor (*reconceptualización*). 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. Así, deben empezar a pensar en el dolor como en una experiencia multideterminada, que supera la esfera física (médica), y que requiere de un tratamiento acorde con esta visión del problema. Igualmente, deben asumir que es posible que el tratamiento consista en ayudarles a recuperar una vida más activa, funcional y satisfactoria, y acaso no tanto en términos de eliminar el dolor. Se trata de que los pacientes contemplen la posibilidad de que sí bien el dolor puede que no sea completamente eliminado, sí que es factible que consigan recuperar el control sobre sus vidas. Y, sobre todo, que empiecen a aceptar que deberán ejercer un control activo sobre el proceso de rehabilitación, en buena parte son ellos los responsables de sus progresos.

Durante el primer contacto, ya hemos comentado que el clínico recoge información fundamental para caracterizar el problema de dolor. Tanto desde la perspectiva del paciente como de las personas cercanas a él. Por ejemplo, interesa conocer cómo saben que su pareja siente dolor y qué hacen en esos momentos, también importa saber qué y cómo reacciona el paciente ante sus conductas.

En esta fase, se introduce el concepto de “conducta de dolor” y los principios del aprendizaje. Se aclara y ejemplifica, los efectos de las contingencias ambientales en la conducta (de dolor) de las personas. Se enfatiza que esto sucede de forma totalmente inadvertida, y se explica que incluso las personas que quieren el bien del paciente pueden estar facilitando la cronificación y agravamiento del problema.

En línea con estos argumentos, y normalmente antes de acabar esta primera sesión, plantea la necesidad de realizar ciertas tareas con el fin de obtener información relevante para el caso, una información que el paciente debería traer consigo en la siguiente sesión. Nosotros solemos pedir que cumplimenten un diario de dolor (ver capítulo sobre evaluación). Perseguimos varios objetivos. En primer lugar, nos permite recoger datos sobre el estado actual del problema. En segundo lugar, estos datos servirán para ilustrar las explicaciones del terapeuta y que el paciente no las vea como algo ajeno. Y, en tercer lugar, facilitará la motivación del paciente y su implicación en la resolución del problema. Entendemos que es muy importante asegurarnos la colaboración de los pacientes, es decir, que van a hacerlo, no sólo a intentarlo. Si sólo consideran la posibilidad de intentar realizar el autoregistro, creemos junto con Karoly y Jensen (1987), que es mejor plantearles que no lo hagan. En general, no solemos encontrarnos problemas ante este planteamiento, es más, parece que favorece el cumplimiento de las prescripciones. Es fundamental, por otra parte, dar instrucciones precisas, concisas y detalladas. Explicar los motivos y la necesidad de esta, o de cualquier otra actividad, es esencial para la buena marcha de la intervención. Aunque no es muy habitual, a veces, algunos pacientes

argumentan la eficacia de su memoria y plantean la posibilidad de hacer el registro sólo una vez al día, al irse a dormir, por ejemplo. En general, explicaciones sobre la importancia de hacerlo en el momento en que ocurre el episodio de dolor, o lo más próximo posible, incluso el plantear que la fiabilidad de los registros mejora con la práctica, suelen bastar.

En esta fase inicial del tratamiento, el clínico se debe asegurar que paciente y allegados entienden el procedimiento, los motivos y el objetivo de todas las actividades que les solicitamos. Pedir al cliente que nos explique, con sus propias palabras, el objetivo y la necesidad de realizar estas actividades, es una forma eficaz de comprobar cómo entiende y percibe las demandas. Anticipar posibles problemas en la realización de las actividades es esencial. En este sentido, comentarios del tipo “aunque usted no pueda anticipar problemas en estos momentos, es cierto que muchos pacientes nos comentan que uno de los problemas con el que se encuentran es ..., cómo podría solucionarse una situación parecida?”

En este punto se empiezan a concretar los objetivos terapéuticos. Y en esta formulación se considera 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 o allegados. En efecto, al establecer los objetivos del tratamiento la colaboración del esposo/a es importante, en muchos casos crítica, pues juega un papel determinante en el éxito del programa.

Inicialmente, este proceso es una colaboración entre el cliente, esto es, el paciente y otras personas significativas de su entorno, y el terapeuta. La colaboración es útil, permite, entre otras cosas, que el paciente tome responsabilidades en el proceso de su recuperación, y desde el primer momento.

Los objetivos deben ser específicos y cuantificables. Inicialmente, fáciles de conseguir, se asegura el éxito y se promueve la motivación y adherencia de los clientes a la propuesta de tratamiento que se les formula. Así, aumentar la actividad física, incrementar las actividades sociales y de recreo, volver al trabajo, reducir la medicación, están entre los objetivos más habituales.

Paciente y allegados deben saber en qué consiste exactamente el tratamiento, qué pueden esperar de éste y qué sucederá mientras dure, también se les informará sobre la duración y acerca del impacto o los efectos que este tratamiento puede tener en sus vidas.

La reconceptualización que se había iniciado ya en el primer contacto con el terapeuta, adquiere, ahora, un carácter más formal. La *reconceptualización del dolor* se realiza mediante una *aproximación socrática* más que didáctica. Para ello se suele utilizar una definición de la experiencia de dolor basada en la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1965). En este sentido, las situaciones de las que ha informado el paciente, así como la información de sus registros, serán muy útiles para ilustrar nuestras explicaciones. Se analiza la interacción e influencia mutua de las distintas unidades (pensamiento, sentimientos, conductas y fisiología) en la percepción del dolor. Muchas veces, describir la experiencia de Beecher (1959) en la batalla de Anzio, durante la

Segunda Guerra Mundial, nos ha ayudado a introducir estos aspectos. De todas formas, siempre son más útiles los ejemplos que se pueden obtener de las respuestas a nuestras preguntas o de los registros en el diario de dolor. En este sentido, se trata de fomentar la idea de que alguna cosa se puede hacer, que no todo está perdido. Pretendemos que el paciente luche contra la desmoralización, y que empiece a entrever que, en efecto, hay cosas que se pueden hacer para cambiar la situación y el problema, más allá de tomar medicación o echarse en la cama hasta que el episodio de dolor remita o su intensidad disminuya. Modificar las ideaciones negativas es fundamental. Sin duda, cambiar la creencia de que uno es incapaz de realizar ciertas actividades, más aun, de que ciertos movimientos empeoran el problema, de que no se puede controlar la situación, que todo pasa independientemente de lo que se haga, es básico. Este proceso de reestructuración cognitiva es una constante a lo largo del programa de tratamiento. Se fomenta pensamientos alternativos, valoraciones más realistas de la situación. Por ejemplo, suele funcionar reforzar ideas tales como: “aunque puede ser cierto que en algunos momentos el dolor es tan intenso que parece que uno se moriría, también lo es que estos episodios no duran eternamente”. Conviene ilustrar que esta forma negativa de pensar es perjudicial, se acaba convirtiendo en una suerte de profecía que de autocumplimiento.

Adquisición y consolidación de 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. Se persigue que sea él mismo quien decida cuál de ellas le es más conveniente en cada momento. Las estrategias y técnicas que habitualmente se utilizan son, fundamentalmente: relajación, respiración profunda y controlada, focalización y/o desviación de la atención, manejo de autoinstrucciones, también procedimientos como el *biofeedback*.

Muchos de estos pacientes también tienen problemas, incluso muy graves, con la medicación. No es extraño, por ejemplo, que se hayan estado automedicando durante años o que tengan dependencia a algunos de los productos que toman. Aunque es cierto que la medicación se puede reducir como consecuencia del tratamiento, es aconsejable que este aspecto se trate independientemente, y en algunos casos, como decíamos, se incorpore como uno de los objetivos específicos del tratamiento. La reducción de la medicación debe ser controlada rigurosamente, puede estar acompañada por algunos problemas secundarios a los que convendría anticiparse y resolver. Una de las formas para reducir la medicación es contar con la implicación activa del cliente en la autorregulación de su consumo (véase Fordyce, 1976 para una estrategia distinta). Es decir, comprometer al paciente en el automanejo de la medicación, proceso en el que el clínico colabora diseñando estrategias para conseguir una reducción segura, sin graves problemas. Si se detectan problemas, por ejemplo, que el paciente no sigue las sugerencias para reducir la dosis, entonces estos aspectos se deben incorporar a las sesiones terapéuticas. En definitiva, la reducción en el consumo es una responsabilidad del cliente y su incumplimiento debe ser tratado.

Muchos de estos pacientes presentan problemas físicos como consecuencia de un

estilo de vida sedentario. Ya comentamos las repercusiones de esta conducta en relación con la fortaleza, resistencia y flexibilidad muscular. Con cierta seguridad, la mayoría de ellos deberá seguir un programa de activación y removilización. Este programa de ejercicios gradual, diseñado según la edad, sexo y nivel físico del paciente, deberá formar parte de cualquier programa de tratamiento. Inicialmente, los objetivos han de ser fáciles de conseguir, y aumentar progresivamente su intensidad, demanda y dificultad. Evitar el agravamiento de los problemas y prevenir la aparición de lesiones físicas no son las únicas ventajas de este tipo de actuaciones. 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, cognitivos, motivacionales y emocionales, tanto para el paciente como para sus allegados. Efectivamente, la participación en este programa de activación y removilización física permite contrarrestar el miedo del paciente a realizar actividades sin dolor (véase Jensen et al., 2001). Superar el miedo al dolor es el primer y más fundamental paso para luchar contra la vida sedentaria del paciente. Además, permite reforzar su sentido de control y fomentar las expectativas y autoatribuciones de éxito. Los pacientes tienen que adquirir seguridad, el convencimiento de que por moverse, o realizar ejercicios físicos, no van a experimentar más dolor (tratamos de que modifiquen la conducta de evitación). También introduce una nueva área de interés en la vida del paciente y su familia. Al suscitar otras necesidades y posibilidades, el dolor deja de ser el centro de la vida de estas personas.

A lo largo de esta fase, el clínico 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 de dolor, como a modificar las interpretaciones que hacen de los acontecimientos, y a reducir los factores que aumentan el estrés y el dolor.

Aquí, el entrenamiento también sigue una secuencia gradual. Primero se argumenta la necesidad de utilizar la estrategia, luego se analiza qué uso hace el cliente de ella. Si se detectan problemas en su aplicación, entonces se trata de modificar, perfilar, los procedimientos y aplicaciones. En cambio, si el problema es que no se está utilizando, entonces se tratan los aspectos necesarios para que el cliente empiece a practicarla. Primero se practica en el contexto terapéutico, y luego, a medida que el paciente va adquiriendo práctica, en su hogar y en los lugares que frecuenta. Inicialmente en las situaciones más fáciles y favorables a un resultado exitoso, más adelante, en las situaciones de mayor complicación.

En este momento son relevantes, entre otras, las técnicas de relajación y respiración controlada. En efecto, hemos visto que un exceso de activación o tensión puede estar implicado en los problemas de dolor, estas técnicas ayudan a controlar y reducir la tensión. Son técnicas fáciles de entender, aprender y utilizar. Facilitan la motivación del sujeto y ayudan a fortalecer su sentido de eficacia y de control personal. Al paciente se sugiere que las utilice en el momento en que perciba que se siente tenso, o empiece a experimentar cierta ansiedad y/o dolor. Existen múltiples técnicas de relajación que se

pueden utilizar, y hasta la fecha no se ha podido mostrar que una sea más eficaz que otra. En todo caso, sí es posible que el paciente se sienta más cómodo con alguna de ellas, entonces convendrá fomentar y reforzar el uso de esa estrategia específica.

También son importantes las estrategias de resolución de problemas. En este sentido, el terapeuta ayuda al cliente a identificar los problemas (factores) que afectan a la experiencia de 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. Finalmente, escoger la más efectiva y eficaz, dadas las condiciones. El paciente ha de poder operativizar el problema, identificar las situaciones en las que aparece, analizar los factores que intervienen, diseñar un plan de actuación para resolverlos, y por último aplicar el plan decidido. También debe aprender que siempre existe más de una alternativa para resolver la situación, y que el fracaso con una estrategia no implica un fracaso absoluto, pues siempre es posible intentar otra de las vías alternativas posibles.

Aplicación práctica y repetición del entrenamiento

A la fase de aprendizaje de nuevas técnicas y de mejora en la ejecución de algunas, sigue la de práctica. Aquí el cliente 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 de dolor. Inicialmente, se plantean distintas situaciones en imaginación de manera que el paciente tenga la oportunidad de utilizar las técnicas aprendidas. También se suele emplear el *role playing* e intercambiar los papeles, de manera que el terapeuta puede evaluar, y en su caso modificar, cualquier idea conflictiva o duda que presente el paciente, optimizar los recursos que el paciente pueda utilizar en el futuro. A medida que las estrategias se consolidan, el terapeuta sugiere, suscita y planifica la utilización de estas estrategias en el ambiente natural. Se anticipan las posibles implicaciones y problemas potenciales ante el uso de estas estrategias, y se anima al paciente a buscar soluciones. Conviene reforzar la idea que es capaz de generar soluciones alternativas a los problemas que pueda encontrar.

Generalización y mantenimiento

La generalización y el mantenimiento de las mejoras obtenidas son aspectos que merecen especial atención y que en este caso se promueven durante todo el tratamiento. El terapeuta anticipa problemas y contribuye a encontrar soluciones específicas, se trata de “vacunar” al paciente contra las dificultades que puedan aparecer. Evaluar los progresos y revisar las tareas que se hacen fuera de las sesiones clínicas también ayuda. Sin duda, es del todo imprescindible que se atribuyan los progresos a los esfuerzos del paciente reforzando cada uno de ellos, para fomentar su sentido de competencia personal.

Seguimiento

Antes de terminar, es importante preparar a los pacientes para tratar con los repuntes en la intensidad del dolor. Fomentar unas expectativas realistas es necesario. Es decir, no conviene que el paciente crea que el dolor no volverá a aparecer jamás, ni que si vuelve a

aparecer quiere decir que todo se ha perdido. De hecho, esta premisa se fomenta a lo largo de todo el programa de tratamiento. En este sentido, Keefe et al (1996) sugieren la aplicación del método de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon (1985). Brevemente, primero se trata de detenerse y prestar atención a las señales de que se avecina un problema. Segundo, mantener la calma, utilizando la relajación u otras estrategias. Tercero, revisar la situación que trajo el problema. Cuarto, preparar un plan para hacerle frente. Así, paciente y terapeuta pueden practicar estrategias y técnicas con las que afrontar y resolver estas situaciones que, sin duda, aparecerán.

Al finalizar el programa de tratamiento, se entregan al paciente nuevas hojas de autorregistro, iguales a las que ya utilizara durante la evaluación inicial. Solicitamos que nos las devuelvan convenientemente rellenas al cabo de dos semanas, queremos evaluar los progresos conseguidos y el mantenimiento de las habilidades. Acordamos nuevas tomas de contacto a los 3 y 6 meses, y al año de finalizar la terapia de manera que se puedan resolver los problemas que vayan surgiendo. Y tantas más visitas como se considere necesario, con prolongación en el tiempo. También señalamos que pueden acudir a consulta cuando lo estimen preciso.

Las revisiones y meta-análisis publicados señalan que esta forma de tratamiento es la más efectiva de las que se están utilizando (Turk y Okifuji, 2002), se señala su carácter integrador y multifactorial (véanse, por ejemplo, los trabajos de Blanchard y Scharff, 2002; Kole-Snijders et al., 1999; Pincus et al., 2002; Sinclair y Wallston, 2001; Williams, 2002).

La terapia cognitivo-conductual *en grupo* es un buen recurso (Nicholas et al., 1992). Actualmente, acaso sea la forma más habitual de tratamiento (Turner y Romano, 2001). Suele consistir entre seis y doce sesiones de una a dos horas de duración, una vez a la semana en pacientes que reciben el tratamiento en régimen ambulatorio, y de una vez al día si es en programas en régimen de internado. Keefe et al (1999), por ejemplo, recomiendan realizar las sesiones al final del día para dar tiempo a los terapeutas que lideran los grupos para revisar cómo les ha ido a los pacientes a lo largo del día, analizar qué problemas han tenido para aplicar las estrategias que están aprendiendo. En estas sesiones se tratan diferentes cuestiones y aspectos, fundamentalmente: 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), técnicas de reestructuración cognitiva, información y educación sobre aspectos relacionados con el dolor, afrontamiento y prevención de recaídas y mantenimiento de los resultados.

A veces, el formato de los grupos es tal que aquellos que inician el programa, lo empiezan y terminan juntos. Bien es cierto, que una persona puede abandonar el grupo antes de lo previsto por otros motivos (p. ej., falta de interés). Sin embargo, también es posible trabajar con un formato abierto, en el que las personas pueden entrar o salir en función de su progreso en el tratamiento. En estos casos, algunos pacientes con cierto tiempo dentro del grupo, se exponen a repeticiones de sesiones. Estas situaciones se pueden utilizar en beneficio del grupo, en el sentido que estos pacientes experimentados

pueden aportar sus vivencias, sus pensamientos sobre las ventajas que tienen las estrategias que están aprendiendo, así como los problemas que han encontrado y los beneficios obtenidos con la aplicación de las técnicas que presenta el psicólogo. Muchos de estos grupos son liderados por dos terapeutas (véase Keefe et al., 1999; Turk y Okifuji, 2001). El tamaño de los grupos varía, es habitual entre 6 y 10 pacientes. Facilita el trabajo si éstos sufren el mismo problema de dolor, aunque resulta difícil crear grupos totalmente homogéneos. Así, pues, el diseño de las sesiones deberá tener en consideración la heterogeneidad.

Los psicólogos que lideren estos grupos, además de poseer una buena formación sobre cuestiones relacionadas con el dolor crónico, deben estar formados en el control y manejo de grupos. A lo largo de las sesiones surgen complicaciones que deberán saber tratar con diligencia, de lo contrario se exponen a pérdidas muy significativas en los progresos conseguidos hasta entonces (véase Keefe et al., 1999).

Implicar a personas significativas en la vida de estos pacientes es una estrategia que algunos programas suelen utilizar, y con resultados positivos (véase Chapman et al., 2001; Keefe et al., 1992; Loeser y Turk, 2001).

3.5. El reto de la prevención

La prevención del dolor crónico es una cuestión básica de salud, necesaria según creemos, y por múltiples razones. Entre otras, por la gran cantidad de personas afectadas (véanse los trabajos de Carmona et al., 2002; Crombie et al., 1999), por el enorme coste económico que provoca (véase Borghouts et al., 1999; Bosch y Baños, 2000; Maniadakis y Gray, 2000) y por la inestimable, y no menos importante, cantidad de sufrimiento que ocasiona, indudablemente a los pacientes, pero también a familiares, amigos y compañeros de aquellos directamente afectados. Aun así, la prevención no está recibiendo la atención que merece.

Actualmente existen pocos programas dedicados a la prevención y son menos, aún, los que han sido evaluados científicamente. Una situación anómala que no es atribuible a un solo factor, son distintas razones y relacionadas entre sí. En primer lugar, existen ciertos aspectos de procedimiento que interfieren con la puesta en marcha de más proyectos. Realmente, resulta muy costoso realizar estas investigaciones, aplicando diseños rigurosos, con programas de seguimiento dilatados en el tiempo, por la demanda de recursos y de esfuerzo personal que conllevan.

En segundo lugar, falta una cultura preventiva. Así es, nuestra sociedad adolece de una cultura de prevención. De hecho, la mayor parte de los recursos sanitarios se dedica a procedimientos diagnósticos o a intervenciones de carácter paliativo, mientras que una parte muy pequeña se dirige a la atención primaria y a la prevención. Recientemente, van Tulder y colaboradores han publicado algunos datos que ilustran este punto. En efecto, según los datos que barajan van Tulder, Koes y Bouter (1995), los costes por problemas relacionados con el dolor de espalda en Holanda, estarían alrededor de los 150 mil millones de dólares. De estos, el 93% va a compensar las pérdidas relacionadas con el trabajo, y solamente el 7% se utiliza para el tratamiento de los pacientes. Lo que es peor, aún, es que sólo una parte muy pequeña de los gastos sanitarios está realmente dedicado a la prevención. Como señala Linton (1998), la prevención es ciertamente compleja y requiere de la contribución de múltiples agentes, no sólo de profesionales, sino de familiares, compañeros y amigos, y amplios recursos económicos, además de sociales.

Por último, la propia naturaleza de los programas también resulta un obstáculo. Dicho de otra manera: ¿qué hay que prevenir?, ¿hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos y recursos sanitarios y sociales? En este sentido, distinguimos tres estrategias, en función del momento temporal en que se practique la intervención: (1) *prevención primaria*: dirigida a impedir la aparición misma del dolor, se trata de programas destinados a prevenir la ocurrencia de lesiones, heridas, traumatismos, etc., que pudieran dar lugar a estimulación nociceptiva susceptible de ser experimentada como dolor; son, pues, intervenciones previas a la aparición de cuadros de dolor agudo, (2) *prevención secundaria*: se utilizan técnicas y estrategias dirigidas a impedir el desarrollo de problemas de dolor y de discapacidad crónicos, aquí el objetivo es detener el proceso de cronificación, y (3) *prevención terciaria*: son programas *clásicos* de intervención que pretenden ayudar a pacientes, que ya sufren un problema crónico.

Como lo entendemos nosotros, buena parte de los recursos se debería dirigir a la *prevención secundaria*, esto es, a la prevención de la cronificación del dolor y la discapacidad (véase Miró, 1998). Fundamentalmente, porque sabemos que la prevención (*primaria*) del dolor no es posible y, porque los resultados de los programas de intervención (*prevención terciaria*) todavía dejan mucho que desear.

Las escuelas de columna (*back schools*) fueron de las primeras estrategias que se utilizaron. Creadas por fisioterapeutas a modo de programas de información, consisten en un programa educativo estructurado dirigido a pacientes con problemas de dolor de espalda (Berwick et al., 1989). En la actualidad se siguen empleando aunque la evidencia disponible apunte, mayoritariamente, que no son efectivas (véase Cohen et al., 1994; Dwyer, 1987; Lahad et al., 1994; QTFSD, 1987; van der Weide et al., 1998). Aportar conocimientos y recomendaciones al paciente sobre cómo se debe comportar, no es suficiente para que se produzca un cambio comportamental significativo. Dicho de otra forma: saber qué es lo que uno debe hacer, no asegura que en realidad se haga; saber y hacer no son sinónimos. Sin duda, los consejos médicos no son aceptados y ejecutados tal como son recomendados, los pacientes los reciben, evalúan, interpretan y aplican en un contexto psicológico y social particular.

Realizar ejercicios físicos es otra estrategia comúnmente utilizada. Y aunque los beneficios de la reactivación de los pacientes con dolor crónico están bien documentados en la literatura, no parece que estos ejercicios sean una estrategia preventiva eficaz, al menos no por sí sola, ni siquiera al combinarla con la información (véase Lahad et al., 1994; Linton y Kamwendo, 1987; Mior, 2001; Philips et al., 1991; van den Hout et al., 1998).

En los últimos años, los principios psicológicos se han ido incorporando progresivamente al diseño de estos programas. No en vano, factores psicológicos y sociales han mostrado mayor capacidad predictiva que los propios parámetros físicos y/o clínicos, en relación con la aparición de problemas de dolor recurrente o crónico (Bigos et al., 1991; Fordyce, 1995, Miró, en prensa; Simmonds et al., 1996; Turk, 1997).

Uno de estos primeros programas de prevención es el de Fordyce y colaboradores (Fordyce, Brockway, Bergman y Spengler, 1986). Fordyce et al. (1986) contrastaron los efectos de un programa de prevención secundaria basado en el modelo conductual (Fordyce, 1976). En este estudio, un centenar de personas con dolor agudo de espalda fue asignado, al azar, a un grupo tratado con métodos de afrontamiento tradicional, o bien a un grupo en el que se les entrenaba a utilizar técnicas conductuales. En el “grupo tradicional”, los consejos y recomendaciones relativas a la actividad física y el consumo de analgésicos estaban en función, o eran contingentes a, la presencia, intensidad y severidad del dolor. En cambio, en el llamado “grupo experimental” se manipularon las contingencias para evitar reforzar las conductas de dolor y lo que se conoce como el “papel del enfermo” (*sick role*). De tal manera que si se imponían límites en relación con la actividad física y los ejercicios de recuperación, éstos se establecían en intervalos temporales establecidos previamente por el médico. Por lo que respecta al consumo de analgésicos, su prescripción estaba limitada, y los pacientes los debían tomar siguiendo

un horario fijado de antemano. Al año de seguimiento, se observó que el grupo experimental, esto es, los sujetos tratados sobre la base de principios de *tecnología conductual*, tendían a recuperar el nivel de funcionamiento previo a la lesión, mientras que el grupo tratado basándose en la *filosofía tradicional* mostraba más dolor y se quejaba de sufrir mayores problemas y contratiempos.

Lindström, Öhlund, Eek, Wallin, Peterson, Fordyce y Nachemson (1992), de forma parecida a como habían hecho Fordyce y colaboradores (Fordyce *et al.*, 1986), compararon los efectos del “tratamiento habitual” frente a los producidos por un tratamiento llamado de *activación temprana*. El “tratamiento de activación temprana” consistía en una evaluación exhaustiva de la capacidad funcional, la participación en una escuela de columna (*back school*), y en un programa de ejercicio individualizado fundamentado en *principios operantes*. Los resultados de esta investigación muestran que los participantes en el grupo de activación temprana volvieron antes a trabajar y estuvieron menos días de baja durante los dos años que duró el periodo de seguimiento.

Linton, Hellsing y Andersson (1993), por su parte, informan de ciertas mejoras en un grupo de pacientes que participaron en su programa de prevención. En este caso, el tratamiento consistía en reforzar conductas adecuadas y funcionales, en subrayar la importancia de continuar con las actividades diarias como si nada pasase, y en enfatizar la vuelta al trabajo. El tratamiento habitual, con el que aquél era comparado, consistía en la prescripción de analgésicos y en indicaciones de descansar cuándo y cuánto fuera necesario. Los resultados reflejan que los *sujetos experimentales* habían progresado más en su recuperación y presentaban menos bajas por causas relacionadas con el problema de dolor. Según los argumentos presentados por estos autores, el riesgo de desarrollar un problema crónico de dolor, entre aquellos pacientes, se redujo significativamente.

La utilidad de los conocimientos psicológicos, de naturaleza operante, queda reflejada en los ejemplos citados. No obstante, a pesar de ciertos avances y de los resultados positivos, es cierto que estos programas no han conseguido resolver completa y adecuadamente el problema de la discapacidad asociada a los cuadros de dolor. Centrarse en la conducta del paciente y en las contingencias externas, parece un error. El *rompecabezas* del que hablaba Melzack (1973) no es tan simple. En efecto, ni el dolor ni la discapacidad pueden ser reducidos a simples comportamientos, ni se puede asumir que estos comportamientos sean, exclusivamente, producto de patrones de conducta aprendidos (ver Turk y Flor, 1987). Así, por ejemplo, la forma cómo un paciente percibe, interpreta, sufre y manifiesta su problema, contribuye tanto a la cronificación del dolor y las conductas de dolor, como las mismas contingencias de reforzamiento. Como apuntábamos en páginas precedentes, la percepción e interpretación que hace el paciente de sus síntomas físicos y procesos fisiológicos es importante para la configuración final de esta experiencia. Por tanto, ya que las cogniciones y emociones pueden generar comportamientos no adaptativos (p.ej., quedarse en cama de forma prolongada e innecesariamente), los programas de intervención, sean preventivos o paliativos, deberían considerar las expectativas y creencias del paciente, esto es, la forma cómo los pacientes perciben, evalúan e interpretan el programa en cuestión (ver Gebhardt, 1994; Scheer et

al., 1995; Vlaeyen et al., 2001).

Para resolver el reto que plantea la prevención del dolor crónico consideramos oportuno combinar técnicas cognitivas con técnicas conductuales (véase también Linton, 2002). Conocemos, por ejemplo, el importante papel de los factores cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas de dolor (Ciccone y Grzesiack, 1984), y existen numerosas evidencias de que cambios en las cogniciones y en el foco atencional son capaces de provocar cambios en la experiencia y la conducta de dolor (ver, McCaul y Mallot, 1984, para una revisión). Como Follick, Zitter y Aher (1982) han sugerido, el no haber tenido en cuenta las variables cognitivas quizás pudiera explicar parte de los fracasos detectados en los programas de tratamiento del dolor. Dicho de otra manera, si hemos ampliado el modelo de dolor para incluir cogniciones, emociones, conductas y fisiología, y sugerido una ampliación de las unidades de análisis (*i.e.*, persona, diada, y contexto), deberíamos usar estrategias de prevención en consonancia con este nuevo modelo.

La *filosofía cognitivo-conductual* parece adecuada para tratar la complejidad del problema de la discapacidad y el dolor crónicos. Y estamos convencidos que el conocimiento obtenido en el desarrollo de programas cognitivo-conductuales para el tratamiento del dolor crónico puede ser aplicado, ahora, a la prevención.

El tratamiento cognitivo-conductual se ha diseñado para ayudar a los pacientes a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones desadaptadas y las creencias disfuncionales que de ellos mismos y de su situación tienen. El terapeuta no sólo actúa sobre la naturaleza y la adecuación de los repertorios conductuales, sino que también debe incidir en el *rol* que juegan los pensamientos y sentimientos de los pacientes en los procesos de dolor y discapacidad. Esto no quiere decir que los comportamientos y las contingencias reforzantes no sean relevantes, pero no son el único factor importante para la prevención de la discapacidad y el dolor crónico.

Aunque es cierto que las estrategias específicas deberán variar en función del problema de dolor y del paciente, podemos apuntar algunas acciones que, en general, parecen apropiadas para casi todos los casos:

1. *Actuar rápido.* No cabe duda de que el tiempo va en contra del paciente, y que se debería intervenir mucho antes de que el problema de dolor interfiera en su vida habitual. Por tanto, para optimizar la eficacia de los programas preventivos, éstos se deberían poner en marcha en el momento en que los pacientes acuden a buscar ayuda a su médico de cabecera por un problema de dolor. En ese mismo instante, el profesional debería promover y reforzar la filosofía que apuntábamos en páginas anteriores, específicamente: responsabilizar al paciente de su cuidado y fomentar conductas de salud. Esperar más tiempo para ver qué sucede, puede favorecer la aparición de esquemas cognitivos que luego resultan muy difíciles de modificar (Pennebaker et al., 1985; Pincus y Morely, 2001), y abonar el terreno para la aparición de problemas crónicos.
2. *Establecer una comunicación adecuada.* La comunicación entre el profesional y el

paciente es fundamental. En estos primeros estadios la relación entre ambos será crucial. Se debe aprovechar, entre otras cosas, para facilitar una visión positiva, una valoración optimista del problema.

3. Las actuaciones deberían estar inspiradas por la idea de *promover un estilo de vida saludable*, activo, siempre según las características y posibilidades del paciente y de su entorno, social y físico.
4. *Asegurar una actuación determinada del paciente y su entorno*. Además, el centro de atención se debe ubicar en aquellas cosas que debiera hacer para promover un estilo de vida activo y saludable, más que en aquellas que debiera evitar o dejar de hacer.
5. *Promover un estado cognitivo y emocional positivo*. Se trata de evitar la ansiedad, el temor, el miedo y la preocupación excesiva por el problema de dolor. El profesional debe combatir la desmoralización y el miedo al movimiento y el dolor, y promover expectativas positivas.
6. En último término, *coordinación e interdisciplinarietà* deben ser los ejes vertebradores de un programa preventivo.

Somos plenamente conscientes que es difícil que prospere una actuación de este tipo, o parecida, aunque sería aconsejable. Un programa de esta naturaleza implica, cuando menos, un cambio de cultura, y este tipo de cambios son de muy lenta y difícil aceptación.

Tabla 21. Estrategias a incluir en un programa de prevención

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Activación temprana de los pacientes.2. Educación dirigida a evitar la debilitación y el deterioro físico.3. Educación ergonómica.4. Evaluación y reconceptualización de expectativas y creencias desadaptativas.5. Análisis y prevención del riesgo. |
|--|

4

A modo de reflexión y últimos comentarios

El dolor crónico es una enfermedad crónica

En efecto, el dolor crónico es una enfermedad crónica, y como tal debiera ser tratado. Sin duda alguna, los cuidados de un problema crónico son distintos de los que requiere un problema agudo. Así, por ejemplo, se consideraría inadmisibles que un diabético no recibiera un cuidado continuado, acorde a las necesidades de la enfermedad (crónica) que padece. Por motivos parecidos, tampoco ha de resultar lógico creer que alguien con un *problema de dolor crónico* pueda tener una vida satisfactoria sin ningún soporte, más allá del programa de intervención que alguna vez realizó en un hospital o centro sanitario. En cambio, así se actúa. En realidad, parece como si los problemas crónicos de dolor se pudieran tratar a través de una única intervención, concreta, limitada en el tiempo, tras la que el paciente *debe* recuperar su estado habitual de salud. Eso sí, hablamos de una actuación intensa y costosa, e interdisciplinar, en el mejor de los casos. Desafortunadamente, no hay nada más lejos de la realidad. Estos pacientes no sólo no eliminan completamente el dolor de sus vidas sino que sufren frecuentes recaídas, episodios más o menos prolongados de un aumento significativo en la intensidad del dolor.

La afirmación que abre este apartado puede resultar chocante. Con ella queríamos reflejar una situación que nos parece equivocada, grave. En muy contadas ocasiones los programas de intervención *prescriben* visitas de control, rutinarias y pautadas, destinadas a proporcionar el soporte que este tipo de pacientes necesita a largo plazo. Y no deja de ser bien extraño, sobre todo al considerar que, en general, los resultados de los programas de intervención son más bien modestos (Cutler et al., 1994; Turk y Okifuji, 1998). Es por ello que nos atrevemos a afirmar que al dolor crónico se le trata como si fuera un problema agudo.

El error es grave pero entendemos que es *fácilmente* subsanable. Los programas de intervención deberían hacer un esfuerzo por incluir una fase de seguimiento del paciente,

con visitas programadas independientemente de la evolución del dolor (véase, por ejemplo, Guck et al., 1985). Estos controles periódicos deberían ser un componente más del tratamiento. El objetivo ha de ser ayudar al paciente a afrontar los problemas rutinarios, sobre todo los repuntes en la intensidad de dolor, crisis en verdad, y los problemas y contratiempos que éstos puedan generar en su vida social y laboral, prevenir recaídas que pudieran ser más graves y costosas de solventar (véase Gatchel et al., 2001; Lanes et al., 1995). Analizar los efectos de estas visitas de control, pautadas, en la calidad de vida de los pacientes, valorar su eficacia y eficiencia, debería ser un objetivo fundamental de los proyectos de investigación.

Sobre la situación actual en el estudio y tratamiento del dolor y el papel de los psicólogos

Estamos convencidos de que vivimos la mejor de las épocas por lo que respecta a los esfuerzos dedicados a intentar paliar los problemas de dolor. En todo el mundo hay importantes iniciativas en este sentido. En los Estados Unidos, la Administración de la Asociación de Veteranos (*The United States Veterans Administration*) está jugando un papel fundamental. De entre todas las acciones emprendidas, seguramente la de más impacto ha sido la de adoptar el dolor como el *quinto signo vital*, siguiendo la sugerencia de la *American Pain Society*. Esta iniciativa supone que el dolor, junto a la tasa respiratoria, el pulso, la temperatura y la presión sanguínea, sea evaluado de forma rutinaria en todos los sistemas de su amplia red de servicios y unidades de salud (véase Kirsch et al., 2000). El objetivo no es sólo evaluar el dolor, se trata de actuar *convenientemente* para paliar el problema. La iniciativa es muy importante pero se enfrenta con problemas de consideración, entre ellos, obtener recursos suficientes para conseguir el objetivo. En Europa también hay algunas iniciativas. Por ejemplo, la Federación de filiales europeas de la IASP (*European Federation of IASP Chapters, EFIC*) declaró la “Primera semana europea contra el dolor” en Octubre del año pasado. La misma EFIC juzga los resultados de esta iniciativa como impresionantes por el impacto mediático que ha representado y por propiciar la coordinación de distintos grupos e intereses (esta información, y otras relacionadas, se puede consultar en la dirección: http://www.efic.org/european_ini_onpain.htm).

Actualmente, la *interdisciplinarietà* es un hecho aceptado por casi todos los especialistas implicados. Bien es cierto que muchas veces es más como una *concesión* teórica, a la que caben múltiples excepciones, que como un planteamiento de base aceptado y de convencimiento, al menos más de las que nos gustaría. La experiencia histórica nos dice que este tipo de cambios requiere de tiempo, son de difícil aceptación.

Y este es un proceso en el que los psicólogos debemos poner (mucho más) de nuestra parte, demostrando con nuestra actividad diaria que ésta es necesaria, fundamental, para mejorar la salud de los pacientes.

Y sí, aun ahora debemos hacer este esfuerzo. Aunque, efectivamente, ya se disponga de *evidencia sólida* acerca de los efectos positivos de las técnicas psicológicas en el tratamiento de pacientes con dolor crónico (véase Chambless y Ollendick, 2001). Quizás la situación actual mejore con la progresiva (aunque muy lenta) incorporación de los

psicólogos clínicos y de la salud a través del *método PIR*. Sin embargo, estos profesionales raramente tienen una formación específica en dolor, y esto es un *handicap*.

Como señalaba Bonica (1980), un acercamiento interdisciplinar a la comprensión y tratamiento del dolor parece lo indicado puesto que el uso simultáneo de varios procedimientos de forma integrada puede dar mejores resultados que el efecto aditivo de cada tratamiento. Los días de una aproximación unidimensional al tratamiento del dolor crónico resultan un curioso anacronismo, aunque un anacronismo implica que en algún momento fue útil, y nosotros al igual que Turk y colaboradores (Turk et al., 1986) no estamos seguros que este haya sido el caso.

La formación de profesionales: una asignatura pendiente

La formación de los profesionales que intervienen en esta área es mejorable, por decir lo menos. Ni siquiera para aquellos a quienes por historia y tradición corresponde actuar la formación está bien resuelta. Y este es un mal muy extendido, según parece. Por ejemplo, los informes que nos llegan del Reino Unido (Wright y Helliwell, 1992), Estados Unidos (Freedman y Bernstein, 1998) y Canadá (Pinney y Regan, 2001), recogen análisis preocupantes (véase también Visentin et al., 2001). Todos señalan que los futuros profesionales médicos no reciben la formación mínima imprescindible para tratar adecuadamente los problemas de dolor. En este sentido, la gravedad del asunto resulta más evidente al considerar que los informes citados analizaban la situación con relación al tratamiento de los trastornos musculoesqueléticos, problemas que, no lo olvidemos, representan el motivo de consulta médica más habitual, la tercera causa más frecuente de hospitalización y la tercera causa más frecuente de cirugía (Snook y Webster, 1987).

Entre los psicólogos, la necesidad y el problema, también existe. Diferente, justificable, pero grave al fin y al cabo. Tradicionalmente, la formación para la evaluación y el tratamiento de pacientes con problemas de dolor no ha formado parte del *currículum* de los psicólogos, y es verdad que no basta con tener una buena formación como psicólogo clínico y de la salud, se necesita de una formación específica.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*, IASP) reconoció explícitamente este problema y a principios de los años 90, se empezó a trabajar sobre un *currículum* para especialistas interesados en el estudio y tratamiento del dolor. Así, en 1991 y bajo la dirección del Dr. Fields, la IASP publicó una primera versión del *currículum básico*, general. Unos años más tarde, en 1995, apareció la segunda edición (véase Fields et al., 1991, 1995). Precisamente, en los días que escribimos estas notas también colaboramos en la revisión de la tercera edición del *currículum*. Aunque nuestra contribución se ha limitado al capítulo 5 “Principios generales en la evaluación y manejo del dolor”, bajo la coordinación del Dr. D.C. Turk y en colaboración con otros tantos psicólogos de siete países más.

Hasta la fecha, la IASP ha creado seis *currículums* específicos, entre ellos el dirigido a psicólogos. Se puede consultar *on-line* en la dirección: <http://www.iasp-pain.org/psycho.html>.

Tabla 22. Tópicos que debe incluir un currículum para la formación de psicólogos interesados en el estudio, evaluación y tratamiento de problemas de

dolor crónico (IASP, 1990)

1. Mecanismos nociceptivos
2. Medición del dolor clínico y experimental
3. Impacto psicológico de diferentes tipos de dolor
4. Evaluación psicológica y conductual de las personas con dolor
5. Impacto psicosocial del dolor
6. Síndromes de dolor y aspectos relacionados con el sexo y el género
7. Aspectos relacionados con el desarrollo y el ciclo vital de las personas
8. La búsqueda de cuidados de salud
9. Impacto económico y ocupacional de la discapacidad asociada al dolor
10. Tratamiento psicológico y psiquiátrico
11. Procedimientos farmacológicos e invasivos en el manejo del dolor
12. Programas de tratamiento interdisciplinar
13. Intervención temprana y prevención
14. Evaluación de resultados
15. Aspectos éticos

Tal como lo entendemos, las distintas filiales de la IASP deberían liderar este proceso, y fomentar la formación de los profesionales interesados por el estudio, evaluación y tratamiento de pacientes con problemas de dolor. Por una parte, contribuyendo con seminarios específicos, actualizaciones periódicas de los avances que se registran en cada una de las disciplinas implicadas. Por otra, colaborando con las facultades y departamentos universitarios con intereses profesionales afines.

Acerca de los resultados de la intervención psicológica en el tratamiento de pacientes con dolor crónico

Realmente, la aportación de la Psicología al tratamiento de los pacientes con problemas crónicos de dolor y discapacidad ha sido relevante (Loeser et al., 2001; Strong et al., 2002; Wall y Melzack, 1999). Anteriormente, hemos visto que hay un amplio conjunto de técnicas, y que con todas ellas se han conseguido resultados positivos. Más aun, técnicas basadas en principios muy diferentes *aparecen* como igualmente efectivas (véanse, por ejemplo, las revisiones de Marcus (1992), sobre el tratamiento del dolor de cabeza, o la más reciente de Violinn (1999) en relación con el tratamiento de las lesiones de espalda). Pero, entonces, ¿cómo, tratamientos tan distintos, desarrollados sobre la base de modelos diferentes, dan lugar a resultados iguales o muy parecidos? Luborsky, Singer y Luborsky (1975) comentando este fenómeno en el ámbito más general de la intervención psicológica, plantean una suerte de *equivalencia de las intervenciones*, y para enfatizarlo utilizan el aserto del pájaro Dodó del célebre cuento de L. Carrol “Alicia en el País de las Maravillas”: “Todos han ganado y todos merecen premio”. La posición de la equivalencia ha recibido cierto soporte, aunque también ha sido ampliamente

contestada (véase Eysenck, 1994; Giles et al., 1993; Holzman y Turk, 1987; Turk, 1990). Personalmente, no estamos convencidos de que todas las terapias sean iguales, ni mucho menos, y coincidimos con el profesor Pérez-Alvarez (1996) cuando señala que:

[...] aun suponiendo que todas las psicoterapias son efectivas en alguna medida (y es mucho conceder habida cuenta que no todas pasan por los controles mínimos de la ‘remisión espontánea’ y del ‘placebo’), lo cierto es que no todas son igual de efectivas. Por reutilizar el título de Elliott, Stiles y Shapiro (1993) [diremos que], ‘algunas psicoterapias son más iguales que otras’. El caso es que si bien se mira tanto los estudios de meta-análisis como los experimentales revelan que unas terapias son mejores que otras (p. 819).

La controversia sobre la equivalencia de las intervenciones no hace sino ilustrar lo difícil que es llegar a conclusiones *simples* sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas, incluso para científicos competentes. Aunque sí es cierto que tenemos alguna información específica y bien documentada sobre estos asuntos (véase Chambless y Ollendick, 2001; véase también Labrador et al., 2000), el reto sigue siendo el de dar respuesta a la *letanía de Paul* “¿qué tratamiento, realizado por *quién*, es más efectivo para *este* individuo con *este* problema específico, y bajo *qué* circunstancias?” (Paul, 1967, p. 111; la cursiva aparece en el original).

Además de las dificultades metodológicas, logísticas, e incluso económicas, que comporta la investigación en esta área, y que interfieren en los análisis sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos, cabe añadir otra dificultad, menos tangible pero quizás igualmente poderosa: la *ideología del investigador*. En efecto, en esta área hay un conflicto de intereses muy importante, pues de los resultados de estas investigaciones puede depender el que la orientación teórica de cada uno se vea reconocida o por el contrario sea rechazada. Con este comentario no se trata de plantear que los científicos estén falseando conscientemente sus investigaciones, para favorecer una posición determinada. Es sintomático, sin embargo, que no hayamos encontrado ninguna investigación que arroje resultados contradictorios respecto del modelo teórico al cual se adscribe el autor o autores del trabajo. Nuestro análisis del porqué es así, va más allá de plantear la *falsificación consciente* de resultados y sugiere la existencia de una suerte de *falsificación inconsciente*. Conocida como el efecto del observador o experimentador, también como *efecto Rosenthal*, identificaría las distorsiones que el investigador puede introducir en su investigación sin darse cuenta (Rosenthal, 1966, Rosenthal y Fode, 1963, Rosenthal y Rosnow, 1969, consultar también Bayés, 1984). No es extraño, pues, que en las conclusiones del, muchas-veces-citado, trabajo de Smith, Glass y Miller (1980) se recoja que el tamaño del efecto de los estudios es mayor cuando el investigador se adscribe a alguna de las orientaciones de las técnicas contrastadas. De forma más reciente, Robinson, Berman y Neimeyer (1990) también han señalado la existencia de un impacto de la afiliación o vinculación del investigador sobre el tratamiento. De manera que, según estos autores, “las terapias preferidas por el investigador tienden a obtener mejores resultados que las terapias menos favorecidas con las que se comparan” (p. 35).

El *sesgo de publicación*, esto es, la tendencia de los editores (y revisores) a aceptar y

publicar sólo los trabajos que presentan resultados positivos, es otra variable que merece atención. Si bien es factible suponer que este sesgo esté afectando a las revisiones y meta-análisis que se realizan, los datos recopilados hasta la fecha no permiten conclusiones definitivas (ver, al respecto, el interesante trabajo de Sohn, 1996). Incluso, más allá de que las intervenciones compartan ciertos ingredientes activos, y algunos, supuestos, factores inespecíficos (véase el trabajo de Turner et al., 1994 para una discusión detallada sobre la importancia del placebo en el tratamiento del dolor y en la investigación) el fenómeno de la *regresión a la media*, es otro factor al que se suele recurrir para analizar la equipotencialidad de los tratamientos.

Por último, aunque en absoluto menos relevante, es posible que un mismo diagnóstico esté *cubriendo* distintos subgrupos de pacientes. Y, éstos, aun compartiendo el mismo diagnóstico, podrían responder a diferentes mecanismos. Así, puede que algunos pacientes con el diagnóstico X mejoren con *biofeedback*, pongamos por caso, mientras que otros con el mismo diagnóstico, aunque con distinto mecanismo implicado, puedan responder al entrenamiento en reestructuración cognitiva (véase Turk, 1990).

En general, todos los estudios meta-analíticos y revisiones sistemáticas que se han publicado, concluyen señalando que son necesarios más estudios, con mejores prestaciones metodológicas: utilizar más sujetos, incluir grupos control, aleatorizar, realizar seguimientos más largos. (Koes et al., 1996; Morley et al., 1999; Van Tulder et al., 1997). Bien es cierto que estos requisitos son difíciles de asumir por la mayoría de investigadores, y más cuando se trabaja con presupuestos bajos o inexistentes, y recursos logísticos muy limitados. Sin embargo, aun siendo cierto, no lo es menos que se trata del único camino para conseguir información válida sobre los efectos de los tratamientos. Y desde estas páginas también nos sumamos a esta línea de pensamiento: el futuro pasa por la mejora de los métodos de investigación que se utilizan.

En este sentido, también queremos apuntar que los futuros trabajos de investigación deberían hacer el esfuerzo por incluir otros índices de mejoría además del consabido “intensidad de dolor”. En verdad, si el objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes a recuperar una vida satisfactoria, estos cambios implican algo más que la reducción de los niveles de dolor. A veces el nivel de dolor no cambia, pero sí puede hacerlo el nivel de actividad, y en tal caso, estaríamos ante un cambio significativo. Por tanto, además de los autoinformes sobre la intensidad de dolor, se debería contrastar información relacionada con factores tales como la vuelta al trabajo, o incluso el uso de los servicios de salud. Aunque no perdemos de vista que éstos factores también presentan inconvenientes. En algunos casos, contingencias que nada tienen que ver con cambios objetivos en el problema del paciente pueden llegar a influir en ellos, incluso considerablemente. Así, por ejemplo, la vuelta al trabajo puede estar determinada más por una decisión de tipo administrativo que relacionada con la sintomatología del paciente.

Tabla 23. Características comunes de los diferentes tratamientos según Turk y Holzman (1986)

--

1. Reconceptualizar las causas del dolor.
2. Comunicar al paciente un mensaje de esperanza y optimismo, implícita o explícitamente
3. Individualizar el programa, atendiendo las necesidades específicas de cada actor
4. Responsabilizar al paciente de sus progresos
5. Exigir la participación del paciente en la aplicación del tratamiento
6. Aprender nuevas habilidades, facilitar la activación del paciente
7. Aumentar la expectativa de eficacia personal.
8. Fomentar las auto-atribuciones del cambio positivo

Sobre el tratamiento y el mito de la uniformidad de los pacientes

Es incuestionable que los factores psicológicos, sociales, culturales, ejercen un papel importante en la experiencia de dolor. Y existen pruebas abundantes de que pacientes con el mismo diagnóstico presentan características psicosociales bien distintas (véase Gatchel y Turk, 1999). No obstante, se trata de la misma forma a estas personas con características tan distintas. Pensar que se puede tratar a todos por igual es un error grave. Aunque algunos de ellos comparten problemas y plantean objetivos parecidos, la uniformidad de los pacientes sólo es un mito (Miró, Turk y Rudy, 1991).

El análisis objetivo de características tales como las estrategias de afrontamiento (Jensen et al., 2001; Tan et al., 2001), de factores motivacionales (Jensen, 2001), aspectos relacionados con el género (Filligim, 2000) y la personalidad (Gatchel y Weisberg, 2000; Miró y Raich, 1999), entre otras, han propiciado el desarrollo de tipologías, taxonomías de pacientes (véase, por ejemplo, Turk y Rudy, 1988) que complementan las clasificaciones de dolor actuales (Merskey y Bogduk, 1994; ver también Turk y Rudy, 1987) y que deberían facilitar que los programas de tratamiento se adecuaran a la poliformidad sintomatológica de los síndromes de dolor crónico.

Epidemiología del dolor crónico: un área de investigación a potenciar

La epidemiología del dolor crónico está considerada una acción de vital importancia para la política sanitaria de cualquier país (Crombie et al., 1999; Loeser et al., 2001). No sólo por la extensión y los costes asociados a este problema (Elliot et al., 1999; Maniadakis y Gray, 2000) sino, también, y acaso en mayor medida, por afectar seriamente la calidad de vida de las personas que lo padecen. No obstante, la epidemiología del dolor está dando sus primeros pasos (Crombie, 1999). Como señalan los expertos, sólo en los últimos años se han empezado a publicar trabajos de forma significativa (Crombie et al., 1999; Ferrell y Ferrell, 1996; von Korff, 1999). Esta situación está motivada tanto por problemas teóricos y metodológicos, específicamente: dificultades para definir y diagnosticar los problemas de dolor, como por cuestiones prácticas relacionadas con las dificultades para investigar el dolor en la comunidad, recopilando información de muestras amplias y representativas (Crombie y Davies, 1999).

La precariedad de datos que apuntamos es muy evidente en relación con los ancianos y entre la población infantil y juvenil. En efecto, los datos disponibles sobre el impacto del dolor crónico en estos segmentos de la población son escasos (Aronoff, 2000; Franco y de Lucas, 2001; P.A. McGrath, 1999; P.J. McGrath y Finley, 1999), y en su mayor parte provienen de encuestas de salud en las que el principal interés no es ni siquiera el dolor (Gallager et al, 2000; Gloth, 2000). Además, los trabajos que sí tienen al dolor como fuente principal de interés, recogen datos de muestras más bien pequeñas (Bandell-Hoekstra et al., 2001; Brattberg et al., 1996; Farrell et al., 1996; Feldman et al., 2001; Ferrell, 1996). Confiamos, sin embargo, que los proyectos que existen contribuyan a paliar este vacío de conocimiento. No en vano, este es el primer paso, y más determinante, sobre el que desplegar una política eficaz de prevención del dolor y la discapacidad crónica.

Referencias bibliográficas

- Algom, D.; Raphaeli, N. y Cohen-Raz, L. (1986) Integration of noxious stimulation across separate somatosensory communications systems: a Functional Theory of Pain. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 12, 92-102
- Allan, D.B. y Waddell, G. (1989). An historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 234, 1-30.
- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Toray-Mason.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Toray-Mason.
- Anderson KO, Bradley LA, McDaniel LK, Young LD, Turner RA et al (1987a) The assessment of pain in reumatoid arthirits: disease differentiation and temporal stability of a behavioral observation method. *The Journal of Reumatology*, 14, 700-704.
- Anderson KO, Bradley LA, McDaniel LK, Young LD, Turner RA et al (1987b) The assessment of pain in reumatoid arthirits: validity of a behavioral observation method. *Arthritis and Reumatism*, 30, 36-43.
- Angel, R. y Thoits, P. (1987) The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 465-494.
- Appelbaum, K.A.; Blanchard, E.B.; Hickling, E.J. y Alfonso, M.(1988) Cognitive behavioral treatment of a veteran population with moderate to severe rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*, 19, 489-502.
- Arena JG y Blanchard EB (1996). Biofeedcbak and relaxation therapy for chronic pain disorders. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (179-230). Nueva York: Guilford Press.
- Arena JG y Blanchard EB (2001). Biofeedback therapy for chronic pain. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 1759-1767). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Arnstein P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability & Rehabilitation*. 22, 794-801.
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, CL., Norris, A. y Beasley, R. (1999). Self efficacy as

- a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-91.
- Aronoff GM (Ed.) (1988). *Pain centers. A revolution in health care*. Nueva York: Raven Press.
- Aronoff, GM (2000). Pain medicine: hope is a powerful analgesic. *Geriatrics*, 55, 35-40.
- Aronoff GM y Wagner JM (1988). The pain center: development, structure and dynamics. En GM Aronoff (Ed.). *Pain centers. A revolution in health care* (pp. 55-74). Nueva York: Raven Press.
- Asghari, MA y Nicholas, MK (1999). Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Reviews*, 6, 85-97.
- Baker, D.J., Pynset, P.B. y Fairbank, J.C.T. (1990). The Oswestry Disability Index revisited. En M. Roland y J. Jenner (Eds.) *Back pain: new approaches* (pp. 64-96). Manchester: Manchester University Press.
- Baldwin, M.L., Johnson, W.G. y Butler, R.J. (1996) The error of using returns-to-work to measure the outcome of health care. *American Journal of Indiv Medicine*, 29, 632-641.
- Bandell-Hoekstra, IENG, Abu-Saad, HH, Passchier, J, Frederiks, CMA, Feron, FJM y Knipschild, P (2001). Prevalence and characteristics of headache in Dutch schoolchildren. *European Journal of Pain*, 5, 145-153.
- Bandura A (1991). Self-efficacy mechanisms in physiological activation and health promoting behavior. En J Madden (Ed.) *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-269). Nueva York: Raven Press.
- Bandura A, O'Leary A, Taylor CB, Gauthier J y Gossard, D (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571.
- Barber, J.(1986). Hypnotic Analgesia. En A.D. Holzman y D.C. Turk (Eds.) *Pain Management. A Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Exeter: Wheaton & Co.
- Barber J (2000). Un breve acercamiento a la analgesia hipnótica. En J Barber (Ed.) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión* (pp. 27-54). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Barber TX (1984). Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation. Data, theory, and clinical applications. En RL Woolfolk y PM Lehrer (Eds.). *Principles and practice of stress management*. Nueva York: Guilford Press.
- Bates, M.S.(1987) Ethnicity and Pain: a biocultural model. *Social Science & Medicine*, 24, 47-50.
- Battié, M.C., Bigos, S.J., Fisher, L.D., Hansson, T.H., Jones, M.E. y Wortley, M. (1989). Isometric lifting strength as a predictor of industrial back pain reports. *Spine*, 4, 851-856.
- Bayés, R (1984). *Una introducción al método científico en psicología* (3a. edición ampliada). Barcelona: Martínez Roca.
- Beecher, H.K.(1956). Relationship of significance of wound to the pain experienced.

- Journal of the American Medical Association*, 161, 1609-1613.
- Beecher, H.K. (1959). *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. Oxford University Press, Nueva York.
- Bjarano, P.F.; Osorio, R.; Rodriguez, M.L. y Berrio, G.L. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 13, 321-351.
- Benson, H.(1975)*The relaxation response*. Nueva York: Morrow.
- Benson, H.; Beary, J.F. y Carol, M.P. (1974). The relaxation response. *Psychiatry*, 37, 37-46.
- Bergström, G., Jensen, I.B., Bodin, L., Linton, S.J., Nygren, A.L. y Carlsson, S.G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory – Swedish language version (MPI-S). *Pain*, 75, 101-110.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Berwick, DM, Budman, S y Feldstein, M (1989). No clinical effect of back schools in an HMO. A randomized prospective trial. *Spine*, 14, 338-344.
- Bigos, S.J. y Battié, M.C. (1987). Acute care to prevent back disability. Ten years of progress. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 221, 121-130.
- Bigos, S.J., Battié, M.C., Spengler, D.M., Fisher, L.D., Fordyce, W.E., Hansson, T.H., Nachemson, A.L. y Wortley, M.D. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury, *Spine*, 16, 1-6.
- Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1989). *Tratamiento del dolor de cabeza crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanchard, E.B.; Andrasik, F.; Ahles, T.A.; Tenders, S.J. y O'keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: a meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-631.
- Blanchard, E.B.; Andrasik, F.; Neff, D.F.; Arena, J.G.; Ahles, T.A.; Jurish, S.E.; Pallmeyer, T.P.; Saunders, N.L.; Teders, S.J.; Barron, K.D. y Rodichok, L.D. (1982). Biofeedback and relaxation training with three kinds of headache: treatment effects and their prediction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 562-575.
- Blanchard, C.B.; Andrasik, F.; Neff, D.F.; Saunders, N.L.; Arena, J.G.; Pallmeyer, T.P.; Teders, S.J.; Jurish, S.E. y Rodichok, L.D. (1983). Four process studies in the behavioral treatment of chronic headache. *Behaviour Research & Therapy*, 21, 209-220.
- Blanchard, EB y Scharff, L (2002). Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 725-738.
- Block, A.R. y Boyer, S.L. (1984). The spouse's adjustment to chronic pain: cognitive and emotional factors. *Social Science & Medicine*, 19, 1313-1317.
- Blumer, D. y Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: a clinical and psychological profile. *Psychosomatics*, 22, 395-402.
- Blumer, D. y Heilbronn, M.(1982). Chronic Pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-394.

- Blumer, D. y Heilbronn, M.(1984).“Chronic pain as a variant of depressive disease”. A rejoinder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 405-407.
- Bonica, JJ (1979). Importance of the problem. En JJ Bonnica y V Ventafrida (Eds.) *Advances in pain research and therapy* (Vol 2). Nueva York: Raven Press.
- Bonica, JJ (1980). Pain research and therapy: past and current status and future needs. En LKY Ng y JJ Bonnica (Eds.) *Pain, discomfort and humanitarian care* (pp, 1-46). Amsterdam: Elsevier.
- Bonica JJ (1988). Evolution of multidisciplinary/interdisciplinary pain programs. En GM Aronoff (Ed.). *Pain centers. A revolution in health care* (pp. 9-32). Nueva York: Raven Press.
- Bonica JJ y Loeser, JD (2001). History of pain concepts and therapies. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 3-16). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H y Bouter LM (1999). Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain*, 80, 629-636.
- Bosch, F. y Baños, J.E: (2000). Las repercusiones económicas del dolor en España. *Medicina Clínica*, 115, 46.
- Boureau, F.; Luu, M.; Doubrere, J.F. y Gay, C. (1984). Elaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le McGill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 39, 119-139.
- Bradley, L.A. (1988). Assessing the psychological profile of the chronic pain patients. En R. Dubner, G.F. Gebhart y M.R. Bond (Eds.) *Proceedings of the Vth. World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier.
- Bradley, L.A. (1989). Psychological evaluation of the low back pain patient. En C.D: Tollison y M.L. Krieger (Eds.) *Interdisciplinary rehabilitation of low back pain* (pp 33-50). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bradley LA (1996). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (131-147). Nueva York: Guilford Press.
- Bradley, L.A., McDonald, J. y Jaworski, T.M. (1992). Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. En D.C: Turk y R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (pp. 193-213). Nueva York: Guilford.
- Brattberg, G (1996). The prevalence of pain amongst the oldest old in Sweden. *Pain*, 67, 29-34.
- Buckley FP, Sizemore WA y Charlton JE (1986). Medication management in patients with chronic non-malignant pain. A review of the use of a drug with-drawal protocol. *Pain*, 26, 153-165.
- Budzynski TH, Stoyva JM, Adler CS y Mullaney DJ (1973) EMG biofeedback and tension headache: a controlled outcome study. *Seminars in Psychiatry*, 5, 397-410.
- Burton, A.K., Tillotson, K.M., Main, C.J. y Hollins, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20, 722-728.
- Capafons A y Amigó S (1993). *Hipnosis y terapia de auto-regulación*. Madrid: Eudema.

- Carlsson, A.M. (1983). Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16, 87-101.
- Carmona, L., Villaverde, V., Hernández-García, C., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2002). The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology*, 4, 88-95.
- Caro, I (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I Caro (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 37-52). Barcelona: Paidós.
- Carrobes, J.A. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback. Principios y Aplicaciones*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cautela, J.R. (1986). Covert conditioning and the control of pain. *Behavior Modification*, 10, 205-217.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chambless DL y Ollendick TH (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chapman, C.R. (1984). New directions in the understanding and management of pain. *Social Science & Medicine*, 19, 1261-1277.
- Chapman, C.R., Casey, K.L., Dubner, R., Foley, K.M., Gracely, R.H. y Reading, A.E. (1985). Pain measurement: an overview. *Pain*, 22, 1-31.
- Chapman CR y Gavrin J (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353, 2233- 2237.
- Chapman CR, Nakamura Y y Flores LY (1999). Chronic pain and consciousness: a constructivist perspective. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (pp. 35-55). Nueva York: Guilford Press.
- Chapman CR y Syrjala KL (2001). Measurement of pain. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain*. (pp. 310-328). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Chaves, JF (1994). Recent advances in the application of hypnosis to pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 117-129.
- Chen, A.C.N., Dworkin, S.F., Haug, J. y Gehrig, J. (1989). Human pain responsivity in a tonic pain model: Psychological determinants. *Pain*, 37, 143-160.
- Chesney, M.A. y Tastu, D.I. (1975). The effectiveness of behavior modification and spasmodic and congestive dismenorrhea. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 240-253.
- Chiu, T. y Tickle-Degnen, L. (2002). Learning from evidence: service outcomes and client satisfaction with occupational therapy home-based services. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 217-20.
- Christidis, D.; Ince, L.D.; Zaretsky, H.H. y Pitchford, L.J. (1986) A cross-modality approach for treatment of chronic pain: a preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 48, 224-228.
- Ciccone, D.S. y Grzesiak, R.C. (1984). Cognitive dimensions of chronic pain. *Social Science and Medicine*, 19, 1339-1345.
- Cipher, DJ, Fernandez, E y Clifford, PA

(2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: comparison of three treatment groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 237-244. Cohen, JE, Frank, JW, Bombardier, C, Peloso, P y Guillemin, F (1994). Group education interventions for people with low back pain: an overview of the literature. *Spine*, 19, 1214-1222. Corey, D.T.; Etlin, D. y Miller, P.C. (1987). A home-based pain management and rehabilitation programme: an evaluation. *Pain*, 29, 219-229. Craig, K.D.(1978) Social modeling influences on pain En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press. Craig, K.D.(1980) Ontogenetic and cultural influences on the expression of pain in man. En H.W. Kosterlitz y L.Y. Treneius (Eds.) *Pain and Society*. Weinheim: Verlag Chemie GmbH. Craig, K.D.(1983) Modeling and social learning factors in chronic pain. En J.J. Bonica (Ed.) *Advances in Pain Research and Therapy* (vol. 5). Nueva York: Raven Press. Crawford, H, Knebel, T y Vendemia, J (1998). The nature of hypnotic analgesia: Neurophysiological foundation and evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15, 22-33. Crockett, D., Prkachin, K., Craig, K.D. y Greenstein, H. (1986). Social influences on factor dimensions of the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 461-469. Croft, P.R., Papageorgiou, A.C., Ferry, S., Thomas, E., Jayson, M.I. y Silman, A.J. (1996). Psychologic distress and low back pain: evidence from a prospective study in the general population. *Spine*, 20, 2731-2737. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F y Eelen P (1998a). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187-198. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F y Eelen P (1998b). Attentional disruption is enhanced by the threat of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 195-204. Crombez, G, Vlaeyen, JWS, Heuts, PTG y Lysens, R (1999). Fear of pain is more disabling than the pain itself: Further evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 529-539. Crombie, IK (1999). The potential of epidemiology. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Von Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 1-6). Seattle: IASP Press. Crombie, IK y Davis, HTO (1999). Requirements for epidemiological studies. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Von Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 17-24). Seattle: IASP Press. Crombie, IK, Croft, PR, Linton, SJ, LeResche, L y von Korff, M (Eds.) (1999) *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press. Crook, J. y Moldofsky, H. (1994). The probability of recovery and return to work from work disability as a function of time. *Quality of Life Research*, 3, S97-S109. Cutler, R. B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Abdel-Moty, E, Khalil, TM y

- Rosomoff, RS (1994). Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine*, 19, 643-52.
- Dallenbach, K.M. (1939) Pain: History and present status. *The American Journal of Psychology*, 52, 331-347.
- Davidson, M. y Keating, J.L. (2002). A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical Therapy*, 82, 8-24.
- Descartes, R. (1664/1976) *Discurso del Método. Meditaciones Metafísicas*. Madrid: Espasa-Calpe S.A.
- Deyo RA, Diehl AK y Rosenthal M (1986). How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine*, 315, 1064-1070.
- Dionne CE (1999). Low back pain. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Vo n Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 283-298). Seattle: IASP Press.
- Dolce, J.J.; Crocker, M.F. y Doleys, D.M.(1986) Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 313-319.
- Dougherty, J. (1980). Relief of phantom limb pain after EMG biofeedback-assisted relaxation: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 355-357.
- Dubuisson, D. y Melzack, R. (1976). Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis. *Experimental Neurology*, 51, 480-487.
- Dwyer, AP (1987). Backache and its prevention. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 222, 35-43.
- Earles, J, Folen, RA y James, LC (2001). Biofeedback using telemedicine: Clinical applications and case illustrations. *Behavioral Medicine*, 27, 77-82.
- Eastlander, A.M., Takala, E.P. y Viikari-Juntura, E. (1998). Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain: a prospective, two-year follow-up study of a working population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 445-453.
- Edelson, J. y Fitzpatrick, J.L. (1989). A comparison of cognitive-behavioral and hypnotic treatments of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 316-323.
- Edwards, P.W.; Zeichner, A.; Kuczmierczyk, A.R. y Boczkowski, J. (1984). Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. *Pain*, 21, 379-384.
- Eimer, BN y Freeman A (1998). *Pain management psychotherapy. A practical guide*. Nueva York: John Wiley.
- Eisebund, J. (1937). The psychology of headache. *Psychiatry Quaterly*, 11, 592-619.
- Engel, G.L.(1959) Psychogenic pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918
- Esteve, MR, Ramírez, C y López, AE (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2, 252-261.
- Eysenck, HJ (1994). The outcome problems in psychotherapy: What have we learned?. *Behaviour Reseach and Therapy*, 32, 477-495.
- Fairbank, J. (1995). Use of Oswestry Disability Index (ODI). *Spine*, 20, 1535-1537.

- Fairbank, J.C.T., Couper, J., Davies, J.B. y O'Brien, J.P. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66, 271-273.
- Farrell, MJ, Gibson, SJ y Helme, RD (1996). Chronic nonmalignant pain in older people. En BR Ferrell y BA Ferrell (Eds.) *Pain in the elderly* (pp. 81-90). Seattle: IASP Press.
- Farthing, G.W.; Venturino, M. y Brown, S.W. (1984). Suggestion and distraction in the control of pain: test of two hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 266-276.
- Fast, C. (1995). Repetitive strain injury: an overview of the condition and its implications for occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 119-26.
- Faucett J (1994). What is the role of nursing in the multidisciplinary pain treatment center. *APS Bulletin*, 4, 6-8, 14.
- Feixa, G y Miró, MT (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feldman, DE, Shrier, I, Rossignol, M y Aabenhaim, L (2001). Risk factors for the development of low back pain in adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 154, 30-36.
- Fernandez E y Turk DC (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165-175.
- Ferrell BR y Ferrell BA (Eds.) (1996). *Pain in the elderly*. Seattle: IASP Press.
- Ferrer, V.A., González, R. Y Manassero, M.A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- Feuerstein, M. y Theborge, R.W. (1991). Perceptions of disability and occupational stress as discriminators of work disability in patients with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1, 185-195.
- Fields, HL (Ed.) (1991). *Core curriculum for professional education in pain*. Seattle: IASP Press.
- Fields, HL (Ed.) (1995). *Core curriculum for professional education in pain* (2a edición). Seattle: IASP Press.
- Filligim, RB (Ed.) (2000). *Sex, gender, and pain*. Seattle: IASP Press.
- Fishbain, DA, Cutler, R, Rosomoff, HL y Rosomoff, RS (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 116-137.
- Flor H y Birbaumer, N (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic bio-feedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 653-658.
- Flor H y Birbaumer N (1988). *Stress-related responses in chronic pain patients*. Comunicación en el Annual Meeting of the Society for Psychophysiological Research, San Francisco, Octubre 19-23.

- Flor, H., Fydrich, T y Turk, DC (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230.
- Flor, H., Kerns, R.D. y Turk, D.C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-259.
- Flor, H.; Kerns, R.D. y Turk, D.C. (1987). The role of the spouse in the maintenance of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-260.
- Flor, H., Rudy, T.E., Birbaumer, N., Streit, B. y Schugens, M.M. (1990). Zur anwendbarkeit des West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory im deutschen sprachraum, *Der Schmerz*, 4, 82-87.
- Flor, H. y Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Flor, H.; Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1987). Pain and families. II. Assessment and Treatment. *Pain*, 30, 29-45.
- Florez-García, M., García-Pérez, M.A., García-Pérez, F., Armenteros-Pedrerros, J., Alvarez-Prado, A y Martínez-Lorente, M.D. (1995). Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 29, 138-145.
- Follick, M.J., Ahern, D.K. y Laser-Wolston, N. (1984). Evaluation of a daily activity diary for chronic pain patients. *Pain*, 19, 373-382.
- Follick, M.J.; Ahern, D.K. y Aberger, E.W. (1985). Dvelopment of an audiovisual taxonomy of pain behavior: reliability and discriminant validity. *Health Psychology*, 4, 558-568.
- Follick, M.J.; Ahern, D.K. y Aberger, E.W. (1987). Behavioral treatment of chronic pain. En J.A Blumental y D.C. McKee (Eds.) *Applications in Behavioral Medicine and Health Psychology*. Sarasota: Professional Resource Exchanges.
- Follick, M.J.; Zitter, R.E. y Ahern, D.K. (1982). Failures in the operant treatment of chronic pain. En E.B. Foa and P. Emmelkamp (Eds.) *Failures in Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. En R.A. Sternbach (Ed.) *The psychology of pain*. Raven Press, Nueva York.
- Fordyce, W.E. (1995) (Editor). *Back Pain in the Workplace*. Seattle: IASP Press.
- Fordyce, WE (2001a). Learned pain: pain as behavior. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 478-482). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Fordyce, WE (2001b). Operant or contingency therapies. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 1745-1750). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Fordyce, W.E.; Brockway, J.; Bergman, J.A. y Spengler, D. (1986). Acute back pain: a control group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal*

- of Behavioral Medicine*, 9, 127-140.
- Fordyce, W.E.; Fowler, R. y DeLateur, B. (1968). An application of behavior technique to a problem of chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 6, 105-107.
- Fordyce, W.E.; Fowler, R.; Lehmann, J. y DeLateur, B. (1968). Some implications of learning in problems of chronic pain. *Journal of Chronic Disease*, 21, 179-190.
- Fordyce, W.E, Fowler, R.S., Lehmann, J.F., DeLateur, B.J., Sand, P.L. y Trieschmann, R.B. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54, 399-408.
- Fordyce, W.E.; McMahan, R.; Rainwater, G.; Jackins, S.; Questad, K.; Murphy, T. y DeLateur, B.(1981)Pain complaint-exercise performance relationship in chronic pain. *Pain*, 10, 311-321.
- Fordyce, W.E.; Roberts, A.H. y Sternbach, R.A. (1985). The behavioral management of chronic pain: a response to critics. *Pain*, 22, 113-125.
- Fordyce, W.E., Shelton, J.L. y Dundore, D.E. (1982). The modification of avoidance learning pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 405-414.
- Forrest, A.J. y Wolkind, S.N.(1974)Masked depression in men with low back pain. *Rheumatology Rehabilitation*, 13, 148-153.
- Franco, ML y de Lucas, AS (2001). Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 29-38.
- Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Coggan, C., Dave, M y Sheridan, N. (2002). Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27, 92-98.
- Freedman, KB y Bernstein, J (1998). The adequacy of medical school education in musculoskeletal medicine. *The Journal of Bone & Joint Surgery America*, 80, 1421-1427.
- Frymoyer, J.W. (1992) Predicting disability from low back pain. *Clinic Orthopaedics*, 279, 101-109.
- Gallagher, RM (2000). Chronic pain: sources of late-life pain. *Geriatrics*, 55, 40-47.
- Gamsa, A (1994). The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain*, 57, 5-15.
- García, E.(1985).Hipnosis y dolor inducido experimentalmente. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 151-164.
- Gardea, MA, Gatchel, RJ y Mishra, KD (2001). Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 341-359.
- Garfield, E. (1980). Most cited articles of the 1960s. 3. Preclinical basic research. *Current Contents*, 23, 5-13.
- Gatchel RJ (1996). Psychological disorders and chronic pain: cause-and-effect relationships. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) (1999). *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (pp. 33-54). Nueva York: Guilford Press.
- Gatchel, R.J. y Epker, J.T. (1999). Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. En R.J. Gatchel y D.C: Turks (Eds.) *Psychosocial factors in pain:*

- critical perspectives* (412-434). Nueva York: Guilford Press.
- Gatchel, RJ, Noe, CE, Gajraj, NM, Vakharia, AS, Polatin, PB, Deschner, M y Pulliam C. (2001). Treatment carve-out practices: their effect on managing pain at an interdisciplinary pain center. *Journal Workers Compensation*, 10, 50-63.
- Gatchel, R.J., Polatin, P.B. y Mayer, T.G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 20, 2702-2709.
- Gatchel, RJ y Turk, DC (Eds.) (1999). *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. Nueva York: Guilford Press.
- Gatchel, R.J. y Weisberg, J.N. (2000) Introduction. En R.J. Gatchel y J.N. Weisberg, (Eds.) *Personality characteristics of patients with pain* (3-22). Washington: American Psychological Association.
- Gatchel, RJ y Weisberg, JN (Eds.) (2000). *Personality characteristics of patients in pain*. Washington: American Psychological Association.
- Gebhardt, WA (1994). Effectiveness of training to prevent job-related back pain: a meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 571-574.
- Geisser ME, Roth RS, Bachman JE y Eckert TA (1996). The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain. *Pain*, 66, 207-214.
- Gentry, W.D. y Bernal, G.A.A. (1977). Chronic pain. En R.B. Williams y W.D. Gentry (Eds.) *Behavioral Approaches to Medical Treatment*. Cambridge: Ballinger.
- Getto CJ, Heaton RK y Lehman RA (1983). PSPI: A standardized approach to the evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Advances in Pain Research and Therapy*, 5, 885-889.
- Gil, K.M., Willians, D.A., Keefe, F.J. y Beckham, J.C. (1990) The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21, 349-362.
- Giles, TR, Neims, DM y Prial, EM (1993). The relative efficacy of prescriptive techniques. En T.R. Giles (Ed.) *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 21-39). Nueva York: Plenum Press.
- Gloth, FM (2000). Geriatric pain: factors that limit pain relief. *Geriatrics*, 55, 46-54.
- Gómez-Bosque, P. (1977). *Elementos de Psiconeurofisiología*. Valladolid: Librería Médica.
- Gottlieb, H.; Strite, L.C.; Koller, R.; Madorsky, A.; Hockersmith, V. ; Kleeman, M. y Wagner, J. (1977). Comprehensive rehabilitation of patients having chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58, 101-108.
- Gracely, R.H., McGrath, P. y Dubner, R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain*, 5, 5-18.
- Grönblad, M., Järvinen, E., Hurri, H., Hupli, M. y Karaharju, E.O. (1994). Relationship of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) with three dynamic physical tests in a group of patients with chronic low-back and leg pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 197-203.

- Grushka, M. y Sessle, B.J. (1984). Applicability of the McGill Pain Questionnaire to the differentiation of “toothache” pain. *Pain*, 19, 49-57.
- Guck, TP, Skultey, FM, Meilman, PW y Dowd, ET (1985). Multidisciplinary pain center follow-up study: evaluation with a no-treatment control group. *Pain*, 21, 295-306.
- Guest GH y Drummond PD (1992). Effect of compensation on emotional state and disability in chronic back pain. *Pain*, 48, 125-130.
- Hardardottir, D.; James, J.E. y Owen, N.(1988)Do operant treatments of chronic pain adhere to precepts of behavioral analysis?*Behavioural Psychotherapy*, 16, 153-164.
- Harvey A y Bryant R (1998). The effect of attempted thought suppression in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 583-590.
- Hasegawa,M., Mishima, M., Matsumoto, I., Sasaki, T., Kimura, T., Baba, Y., Senami, K., Kanemura, K., Takano, O. y Shibata, T. (2001). Confirming the theoretical structure of the Japanese version of the McGill Pain Questionnaire in chronic pain. *Pain Medicine*, 2, 52-59.
- Hasenbring, M., Marienfeld, G., Kuhlendahl, D. y Soyka, D. (1994). Risk factors of chronicity in lumbar disc patients: a prospective investigation of biologic, psychologic, and social predictors of therapy outcome. *Spine*, 19, 2759-2765.
- Haythornwaite JA, Sieber WJ y Kerns RD (1991). Depression and the chronic pain experience. *Pain*, 46, 177-184.
- Hazard RG, Haugh LD, Reid S, Preble JB y MacDonald L (1996). Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine*, 21, 945-951.
- Heczey, M.D.(1978). Effects of biofeedback and autogenic training on menstrual experiences, relationships among anxiety, locus of control, and dysmenorrhea. *Dissertation Abstracts International*, 38(B), 5571.
- Hefft, M.W. y Parker, S.R. (1984). An experimental basis for revising the graphic rating scale for pain. *Pain*, 19, 153-161.
- Heide FJ y Borkovec TD (1983) Relaxation-induced anxiety: paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 171-182.
- Hellsing, A.L., Linton, S.J. y Kalvemark, M.A. (1994). A prospective study of patients with acute back and neck pain in Sweden. *Physical Therapy*, 74 , 116-124.
- Hilgard FR y Hilgard JR (1994). Hypnosis in the relief of pina. Los Altos: Kaufman.
- Holroyd, J (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.
- Holroyd, K.A. y Andrasik, F. (1982). Do the effects of cognitive therapy endure? A two-year follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 325-334.
- Huskisson, E.C. (1976). Assessment of clinical trials. *Clinics in Rheumatic Diseases*, 2, 37-49.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of Chronic Pain:

- Descriptions of Chronic Pain Syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, S1-S226.
- International Association for the Study of Pain (1990). *Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities*. Seattle: IASP Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jensen, I, Nygren, A, Gamberale, F, Gldie, I, Westerholdm, P y Johnsson, E (1995). The role of the psychologist in multidisciplinary treatments for chronic neck and shoulder pain: a controlled cost effectiveness study. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine*, 27, 19-26.
- Jensen, M., Brant-Zawadski, M., Obuchowski, N., Modic, M. y Malakasian, J. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumabr spine in people with back pain. *New England Journal of Medicine*, 331, 69-73.
- Jensen, MP (1996). A unified theory of pain. It may not be possible. *Pain Forum*, 5, 210-212.
- Jensen, MP (2001) Motivating the pain patient for behavioral change. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain*. (pp. 1796-1804). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1992) Pain-specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain, *Clinical Journal of Pain*, 8, 123-130.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1992). Self-report scales and procedures dor assessing pain in adults. En D.C: Turk y R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (pp. 135-151). Nueva York: Guilford.
- Jensen, M.P., Karoly, P. y Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Jensen, M.P., Karoly, P., O'Riordan, E.F., Bland, F. y Burns, R.S. (1989). The subjective experience of acute pain: An assessment of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Jensen, MP, Turner, JA y Romano, JA (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Jessup, B.A(1984)Biofeedback. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.) *Textbook of Pain*. Londres: Churchill Livinstone.
- Karol, R.L.; Doerfler, L.A.; Parker, J.C. y Armentrout, D.P. (1981). A therapist manual for the cognitive-behavioral treatment of chronic pain. *Catalog of Selected Document in Psychology*, 11, 15-16.
- Karoly, P. y Jensen, M.P. (1987). *Multimethod assessment of chronic pain*. Nueva York: Pergamon.
- Katz J y Melzack R (1990). Pain "memories" in phantom limbs: review and clinical observations. *Pain*, 43, 319-336.
- Keefe FJ (1994). Behavior therapy. En PD Wall y R Melzack (Eds.) *Textbook of pain* (3ª edición, pp. 392-406). Londres: Churchill Livingstone.
- Keefe, FJ, Beaupré PM y Gil KM (1996). Group therapy for patients with chronic pain.

- En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (259-282). Nueva York: Guilford Press.
- Keefe, F.J. y Block, A. (1982). Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back pain patients. *Behavior Therapy*, 13, 363-375.
- Keefe, F.J.; Brown, Ch.; Scott, D.S. y Ziesat, H.(1982) Behavioral assessment of chronic pain. En F.J. Keefe y J.A. Blumenthal (Eds.) *Assessment Strategies in Behavioral Medicine*. Academic Press, Londres.
- Keefe FJ y Caldwell DS (1997). Cognitive behavioral control of arthritis pain. *Med Clinics of North America*, 81, 277-290.
- Keefe, F.J. y Gil, K.M. (1986). Behavioral concepts in the Analysis of Chronic Pain Syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 776-783.
- Keefe FJ y Lefebvre JC (1999). Behavioral therapy. En PD Wall y R Melzack (Eds.) *Textbook of pain* (4ª edición, pp. 1445-1462). Londres: Churchill Livingstone.
- Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Egert, J.R., Affleck, G. Sullivan, M.J. y Caldwell, D.S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87, 325-334.
- Keefe, FJ, Lumley, M, Anderson, T, Lynch, T, Studts, JL y Carson, KL (2001) Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 587-607.
- Kenshalo, D.R. (1971). The cutaneous senses. En J.W. Kling y L.A. Riggs (Eds.) *Woodworth and Schlosberg's experimental psychology*. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.
- Keogh, E., Ellery, D., Hunt, C. y Hannent, I. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain*, 91, 91-100.
- Kerns, R.D. y Haythornthwaite, E.H. (1988). Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 870-876.
- Kerns, R.D. y Jacob, M.C. (1992). Assessment of the psychosocial context in the experience of pain. En D.C: Turk y R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (pp. 235-253). Nueva York: Guilford.
- Kerns RD y Payne A (1996) Treating families of chronic pain patients. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (pp. 283-304). Nueva York: Guilford Press.
- Kerns RD, Rosenberg R y Jacob MC (1994). Anger expression and chronic apin. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-68.
- Kerns, R.D.; Turk, D.C. y Holzman, A. (1983). Psychological treatment for chronic pain: a selective review. *Clinical Psychology Review*, 3, 15-26.
- Kerns, R.D.; Turk, D.C.; Holzman, A.D. y Rudy, T.E. (1985). Comparison of cognitive-behavioral and behavioral approaches to the outpatient treatment of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 1, 195-203.
- Kerns, R.D., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1985). The West Hayen-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Khatami, M. y Rush, A.J. (1978). A pilot study of the treatment of outpatients with

- chronic pain: symptom control, stimulus control and social system intervention. *Pain*, 5, 163-172.
- Kielholz, P. (1973). *Masked depression*. Huber, Bern.
- Kirkaldy-Willis, W.H. y Burton, C.V. (1992). *Managing low back pain* (3a edición). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Kirsch, B, Berdine, H, Zablotsky, D, Wenzel, G y Meyer C (2000). Implementation of pain management strategy. Identifying pain as the fifth vital sign. *Veterans Health System Journal*, 5, 49-50, 53-57, 59.
- Kiss I, Müller H y Abel M (1987). The McGill Pain Questionnaire-German version. A study on cancer pain. *Pain*, 29, 195-207.
- Klepac, R.K., Dowling, J. y Hauge, G. (1981). Sensitivity of the McGill Pain Questionnaire to intensity and quality of laboratory pain. *Pain*, 10, 129-207.
- Kole-Snijders, AMJ, Vlaeyen, JWS, Goossens, M, Rutten, PMH, Heuts, PTG, van Eek, H, van Breukelen, G (1999). Chronic low-back pain: what does cognitive skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 931-944
- Kouyanou, K., Pither, CE. y Wessely, S. (1997). Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 597-604.
- Kovacs, F.M., Llobera, J., Gil, M.T., Abaira, V., Gestoso, M. y Fernández, C. (2002). Validation of the Spanish version of the Rolan-Morris questionnaire. *Spine*, 27, 538-542.
- Kremer, E.F., Block, A. y Atkinson, J.H. (1983). Assessment of pain behavior: factors that distort self-report. En R. Melzack (Ed.) *Pain management and assessment* (165-171). Nueva York: Raven Press.
- Kulich, R.; Follick, M.J. y Conger, R. (1983). *Development of a pain behavior classification system: importance of multiple data sources*. Ponencia presentada en el Congreso Anual de la "American Pain Society". Chicago.
- Kulich, R.J. y Gottlieb, B.S.(1985)The management of chronic pain. A cognitive-functioning approach. En D. Upper y S.M. Ross (Eds.) *Handbook of Behavioral Group Therapy*. Nueva York: Raven Press
- Labrador, FJ, Echeburúa, E y Becoña, E (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología científica*. Madrid: Dykinson.
- Lackner, J.M. y Carosella, A.M. (1999). The relative influence of perceived pain control, anxiety, and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine*, 24, 2254-2261.
- Lacroix, J.M.; Clarke, M.A.; Bock, J.C. y Doxey, C.S.(1986)Muscle-contraction headaches in multiple-pain patients: treatment under worsening baseline conditions.*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, 14-18.
- Lahad, A, Malter, AD, Berg, AO y Deyo, RA (1994). The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1286-1291.
- Lahuerta, J.; Smith, B.A. y Martinez-Lage, J.M. (1982). An adaptation of the McGill

- Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz*, 3, 132-134.
- Lancourt, J. y Kettelhut, M. (1992). Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine*, 17, 629-640.
- Large, R.G. (1980) The psychiatrist and the chronic pain patient: 172 anecdotes. *Pain*, 9, 253-263.
- Leboeuf-Yde, C, Kyvik, KO y Bruun, NH (1998). Low back pain and lifestyle. Part I- Smoking. Information from a population-based sample of 29,424 twin subjects. *Spine*, 23, 2207-2214.
- Leboeuf-Yde, C, Kyvik, KO y Bruun, NH (1999). Low back pain and lifestyle. Part II- Obesity. Information from a population-based sample of 29,424 twin subjects. *Spine*, 24, 779-784.
- Lefebvre, JC., Keefe, FJ., Affleck, G., Raezer, LB., Starr, K., Caldwell, DS. y Tennen H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*. 80, 425-35.
- Lehman, T.R., Spratt, K.F. y Lehman, K.K. (1993). Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*, 18, 1103-1112.
- Lehrer PM, Carr R, Sargunraj D y Woolfolk RL (1994). Stress management techniques: are they all equivalent, or do they have specific effects? *Biofeedback and Self-regulation*, 19, 353-401.
- Leino P y Magni G (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53, 89-94.
- Lethem, J.; Slade, P.D.; Troup, J.D.G. y Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception - I. *Behavior Research and Therapy*, 21, 401-408.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L.E., Fordyce, W.E. y Nachemson, A.L. (1992). The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach, *Physical Therapy*, 72, 279-290.
- Linton, S.J. (1985). A critical look at techniques for a behavioral assessment of chronic pain patients. *Behavioral Engineering*, 9, 94-105.
- Linton, S.J. (1986). Behavioral remediation of chronic pain: a status report. *Pain*, 24, 125-141.
- Linton, SJ (1987). Chronic pain: The case for prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 313-317.
- Linton, SJ (1998). The socioeconomic impact of chronic pain: Is anyone benefitting? *Pain*, 75, 163-168.
- Linton, S.J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 1148-1156.
- Linton, SJ (2002). Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, 433-442.
- Linton, S.J. y Bradley. L.A. (1992). An 18-month follow-up of a secondary prevention

- program for back pain: help and hindrance factors related to outcome maintenance. *Clinical Journal of Pain*, 8, 227-236.
- Linton, S.J., Buer, N., Vlaeyen, J. y Hellsing, A.L. (1999). Are fear avoidance beliefs related to a new episode of back pain? A prospective study. *Psychology & Health*, 14, 1051-1059.
- Linton, S.J. y Götestam, K.G. (1984). A controlled study of the effects of applied relaxation plus operant procedures in the regulation of chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 291-299.
- Linton, S.J., Hellsing, A.L. y Andersson, D. (1993). A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. *Pain*, 36, 197-207.
- Linton, SJ y Kamwendo, K (1987). Low back schools. A critical review. *Physical Therapy*, 67, 1375-1383.
- Linton, S.J. y Melin, L. (1982). The accuracy of remembering chronic pain. *Pain*, 13, 281-285.
- Linton, S.J.; Melin, L. y Götestam, K.G. (1984). Behavioral analysis of chronic pain and its management. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.) *Progress in Behavior Modification*. (Vol. 18). Nueva York: Academic Press.
- Linton SJ y Van Tulder MW (2001). Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? *Spine*, 26, 778-787.
- Loeser, JD (2001). Medical evaluation of the pain patient. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain*. (pp. 267-278). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Loeser, JD, Butler, SH, Chapman, CR y Turk, DC (Eds.) (2001). *Bonica's management of pain*. Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Loeser JD y Egan KJ (1989). *Managing the chronic pain patient. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center*. Nueva York: Raven Press.
- Loeser JD y Melzack R (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609.
- Loeser JD y Turk DC (2001). Multidisciplinary pain management. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 2069-1079). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lopez-Ibor, J.J. (1972). Masked depression. *British Journal of Psychiatry*, 120, 245-258.
- Love, N.K., Walker, S.N. y McCallum, R.C. (1991). Confirming the theoretical structure of the McGill Pain Questionnaire in acute clinical pain. *Pain*, 46, 53-60.
- Luborsky L, Singer B y Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luthe, W. (Ed.) (1969). *Autogenic Therapy* (Vol. 1 al 5). Nueva York: Grune & Stratton.
- Madrid-Arias, J.L. (1980). Evaluación y medida de la sensación dolorosa en el hombre. En M.M. Puig (Ed.) *Fisiopatología y Tratamiento del Dolor*. Facultad de Medicina. Murcia.

- Magni G, Rossi MR, Rigatti-Luchini S y Merskey H (1992). Chronic abdominal pain and depression: epidemiologic findings in the United States, Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Pain*, 49, 77-85.
- Maher B (Comp.) (2001). *George A. Kelly. Psicología de los constructos personales. Textos escogidos*. Barcelona: Paidós.
- Maiani G y Sanavio, E (1985). Semantics of pain in Italy: The Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 22, 399-405.
- Maniadakis N y Gray A (2000). The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, 84, 95-103.
- Mannion, A.F., Dolan, P. y Adams, M.A: (1996) Psychological questionnaires: do “abnormal” scores precede or follow first-time low back pain? *Spine*, 21, 2603-2611.
- Marcus DA. (1992). Migraine and tension-type headaches: the questionable validity of current classification systems. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 28-36.
- Margolis, R.B., Chibnall, J.T. y Tait, R.C. (1988). Test-retest reliability of the pain drawing instrument. *Pain*, 33, 49-51.
- Marketdata Enterprises (1995). *Chronic pain management programs: a market analysis*. Valley Stream, Nueva York.
- Marlatt GA y Gordin JR (Eds.) *Relapse prevention*. Nueva York Guilford Press.
- Masedo, A.I. y Esteve, R. (2000). Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain*, 85, 451-456.
- Mayer, T.G. y Gatchel, R.J. (1988). *Functional restoration for spinal disorders. The sports medicine approach*. Filadelfia: Lea & Febiger.
- McCaul, K.D. y Malott, J.M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*, 95, 516-533.
- McGrath, PA (1999). Chronic pain in children. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Von Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 81-102). Seattle: IASP Press.
- McGrath, PJ y Finley, GA (Eds.) (1999). *Chronic and recurrent pain in children and adolescents*. Seattle: IASP Press.
- Mechanic, D. (1986). Illness Behaviour: an overview. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.) *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 227-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Melzack, R (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neuroscience*, 13, 88-92.
- Melzack, R (1991). The gate control theory 25 years later: new perspectives on phantom limb pain. En MR Bond, JE Charlton y CJ Woolf (Eds.) *Proceedings of the Sixth World Congress on Pain* (pp. 9-21). Amsterdam: Elsevier.

- Melzack, R (1999). Pain and stress: a new perspective. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (pp. 89-106). Nueva York: Guilford Press.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses* (423-443). Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Dennis, S.G. (1978). Neurophysiological foundations of pain. En R.A. Sternbach (Ed.) *The psychology of pain*. Raven Press, Nueva York.
- Melzack, R. y Katz, J. (1992). The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. En D.C: Turk y R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (pp. 152-168). Nueva York: Guilford.
- Melzack, R. y Katz, J. (1999). Pain measurements in persons in pain. En PD Wall y R Melzack (Eds.) *Textbook of pain* (4ª edición, pp. 409-426). Londres: Churchill Livingstone.
- Melzack, R., Terrence, C., Fromm, G. y Amsel, R. (1986). Trigeminal neuralgia and atypical facial pain: Use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain*, 27, 297-302.
- Melzack, R. y Torgeson, W.S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50-59.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1962) On the nature of cutaneous sensory mechanisms. *Brain*, 85, 331-356.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50, 971-979.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1982). The challenge of pain. Nueva York: Basic Books.
- Mendelson G (1992). Compensation and chronic pain. *Pain*, 48, 121-123.
- Merskey, H.A (1980) Some features of the history of the idea of pain. *Pain*, 9, 3-8.
- Merskey, H.A. (1978). Pain and personality. En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.
- Merskey, H. y Bogduk, N. (Eds.) (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2ª edición). Seattle: IASP Press.
- Merskey, H.A y Spear, F.G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 59-67.
- Miedema, HS, Chrous, AMJ, Wevers, CWJ y van der Linden, S (1998). Chronicity of back problems during working life. *Spine*, 18, 2021-2029.
- Miller, NE (1975). Application of learning and biofeedback to psychiatry and medicine. En AM Freedman, HI Kaplan y BJ Sadock (Eds.) *Comprehensive text-book of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Miller, NE (1976). The role of learning in physiological response to stress. En G Serban (Ed.) *Psychopathology of human adaptation*. Nueva York: Plenum Press.
- Mior, S (2001). Exercise in the treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, S77-85.
- Miró, J. (1991a) Aportaciones de la Psicología al tratamiento del dolor crónico: una

- revisión selectiva (I). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 17, 7-20.
- Miró, J. (1991b) Aportaciones de la Psicología al tratamiento del dolor crónico: una revisión selectiva (II). Condicionamiento operante y tratamiento cognitivo-conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 18, 6-17.
- Miró, J. (1993) Dolor crónico y MMPI: una revisión selectiva desde la perspectiva clínica. *Psiquis*, 14, 305-312.
- Miró, J (1997a). Evolución del concepto de dolor: un análisis histórico. *Boletín de Psicología*, 56, 7-24.
- Miró, J. (1997b). Preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas: Una revisión selectiva. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 45-91.
- Miró, J (1998). Psychological principles in disability prevention: the case of chronic pain. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 207-215.
- Miró, J (en prensa). Dolor crónico. El reto de la prevención. *Revista de Psicología de la Salud*.
- Miró, J (2002). *Intervención cognitivo-conductual en el dolor. Propuestas para la evaluación, prevención y tratamiento*. Manuscrito en preparación.
- Miró J y Jensen MP (2001). Predictive validity of the MMPI among chronic pain patients. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica.*, 1, 161-173.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1990a) Dolor crónico y depresión: modelos explicativos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 14, 6-20.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1990b) Dolor orgánico vs. dolor funcional. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 33-44.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992) Personality traits and pain experience. *Personality and Individual Differences*, 13, 309-313.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1999). Effects of a brief and economical intervention in preparing patients for surgery: does coping style matter? *Pain*, 83, 471-475.
- Miró, J., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1991, Mayo) *Tratamiento del dolor crónico: contra el mito de la uniformidad*. Actas del II Congreso Internacional de Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Latini Dies, 74.
- Moore R y Brodsgaard I (1999). Cross-cultural investigation of pain. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Von Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 53-81). Seattle: IASP Press.
- Moore R, Brodsgaard I, Miller ML, Mao TK y Dworkin SF (1997). Consensus analysis: reliability, validity and informant accuracy in use of American and mandarin Chinese pain descriptors. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 295-300.
- Moore R y Dworkin SF (1988). Ethnographic methodologic assessment of pain description. *Pain*, 34, 195-204.
- Moore R, Miller ML, Weistein P, Dworkin SF y Liou HH (1986). Cultural perceptions of pain and pain coping among patients and dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 14, 327-333.
- Morley, S, Eccleston, C y Williams, A (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for

- chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Müller, CF, Monrad, T, Biering-Sorensen, F, Darre, E, Deis, A y Kryger, P (1999). The influence of previous low back trouble, general health, and working conditions on future sick-listing because of low back trouble. A 15-year follow-up study of risk indicators for self-reported sick-listing caused by low back trouble. *Spine*. 24, 1562-1270.
- Nicholas, MK, Wilson, PH y Goyen, J (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48, 339-347.
- NIH Technology Assessment Panel (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.
- Noordebos, W. (1959)*Pain*. Elseiver, Nueva York.
- Novy DM, Nelson DV, Francis DJ y Turk DC (1995). Perspectives of chronic pain: an evaluative comparison of restrictive and comprehensive models. *Psychological Bulletin*, 118, 238-247.
- Okifuji A, Turk DC y Eveleigh DJ (1995) Improving the rate of classification of patient with the Multidimensional Pain Inventory (MPI): clarifying the meaning of “significant others”. *Clinical Journal of Pain*, 15, 290-296.
- Okifuji, A, Turk, DC y Curran, SL (1999). Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12.
- Okifuji, A, Turk, DC y Kalauokalani, D (1998). Clinical outcomes and economic evaluation of multidisciplinary pain center. En AR Block, EF Kremer y E Fernandez (Eds.) *Handbook of pain syndromes. Biopsychosocial perspectives* (pp. 77-97). Mahwah, Erlbaum.
- Olson, R.E. y Malow, R.M. (1987). Effects of biofeedback and psychotherapy on patients with myofascial pain dysfunction who are nonresponsive to conventional treatments. *Rehabilitation Psychology*, 32, 195-204.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Autor.
- Parsons, T.(1958)Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. En E.G. Jaco (Ed.) *Patients, Physicians, and Illness*. Free Press, Nueva York.
- Patterson DR, Adcock RJ y Bombardier CH (1997). Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 377-395.
- Patterson DR, Everett JJ, Burns GL y Marvin JA (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 713-717.
- Paul, G. (1967). Strategy in outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Pearce, J. y Morley, S. (1989). An experimental investigation of the construct validity of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 39, 115-121.

Pennebaker JW (1982). *The psychology of physical symptoms*. Nueva York: Springer.

Pennebaker JW, Gonder-Frederick L, Cox DJ y Hoover CW (1985). The perception of general versus specific visceral activity and the regulation of health-related behavior. *Advances in Behavioral Medicine, 1*, 165-198.

Penzo, W. (1986). *Evaluación conductual del dolor crónico*. Tesis Doctoral Inédita: Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.

Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.

Pérez-Alvarez, M (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas S.A.

Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S. y Kunnen, A.M.W. (2002). Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients? *Behaviour Research and Therapy, 40*, 85-103.

Philips, HC (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.

Philips, H.C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behavior Research and Therapy, 25*, 273-279.

Philips, H.C.; Grant, L. y Berkowitz, J. (1991). The prevention of chronic pain and disability: a preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 443-450.

Pillowsky, I. (1978). Psychodynamic aspects of the pain experience. En R.A. Sternbach (Ed.) *The Psychology of Pain*. Raven Press, Nueva York.

Pincus, T y Morely, S (2001). Cognitive-Processing Bias in Chronic Pain: A Review and Integration. *Psychological Bulletin, 127*, 599-617.

Pincus, T, Vlaeyen, JW, Kendall, NA, Von Korff, MR, Kalauokalani, DA y Reis, S. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine, 27*, E133-E138.

Pinney, SJ y Regan, WD (2001). Educating medical students about musculoskeletal problems. Are community needs reflected in the curricula of canadian medical schools. *The Journal of Bone & Joint Surgery, 83-A*, 1317-1320.

Polaino-Lorente, A. (1986). *Psicología Patológica*, Vol. II, UNED, Madrid (3ª Edición).

Pontien, P.J. y Ketovuori, H.(1983) Verbal measurement in non-english language: the Finish Pain Questionnaire. En R. Melzack (Ed.) *Pain Measurement and Assessment*. Nueva York: Raven Press.

Prakachin, K.M. y Craig, K.D. (1986). Social transmission of natural variations in Pain behaviour. *Behavior Research and Therapy, 24*, 581-585.

Price, D.D., Harkins, S. y Baker, C. (1987). Sensory-affective relationship among different types of clinical and experimental pain. *Pain, 28*, 297-307.

Price, D.D., McGrath, D.N., Raffi, A. y Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain, 17*, 45-56.

Puder, R.S.(1988) Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain patients. *Psychology and Aging, 3*, 204-207.

QTFSD (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the

- Quebec Task Force on Spinal Disorders, *Spine*, 12 (Supplement 1). Quillen, M.A. y Denney, D.R. (1982) Self-control of dysmenorrheic symptoms through pain management training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 123-130. Rachlin, H. (1985). Pain and behavior. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 43-53. Radvila A, Adler RH, Galeazzi RI y Vorkauf H (1987). The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. *Pain*, 28, 185-195. Ransford, A.O., Cairns, D., y Mooney, V. (1976). The pain drawing as an aid to the psychologic evaluation of patients with low-back pain. *Spine*, 1, 127-134. Rasmussen, J.L. (1989). Analysis of likert-scale data: A reinterpretation of Gregoire and Driver. *Psychological Bulletin*, 105, 167-170. Reich, B.A. (1987) *Biofeedback treatment of 646 chronic pain patients: a clinical assessment*. Poster presentado al V Congreso Mundial sobre Dolor. Hamburgo.
- Richards, J.S.; Nepomuceno, C.; Riles, M. y Suer, Z. (1982). Assessing pain behavior: The U.A.B. Pain Behavior Scale. *Pain*, 14, 393-398.
- Riley, J.F., Ahern, D.K. y Follick, M.J. (1988). Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Archives of Psychical Medicine and Rehabilitation*, 59, 579-582.
- Roberts, A.H. (1981). The behavioral treatment of pain. En G. Taylor (Ed.) *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (Vol. 2). Nueva York: Plenum Press.
- Roberts, A.H. (1986). The operant approach to the management of pain and excess disability. En A.D. Holzman y D.C. Turk (Eds.) *Pain Management. A Handbook of Psychological Treatment Approaches* (pp. 10-30). Exeter: Wheaton & Co Ltd.
- Robinson, LA, Berman, JS y Neimeyer, RA (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- Romano, J.M.; Syrjala, K.L.; Levy, R.L.; Turner, J.A.; Evans, P. y Keefe, F.J. (1988). Overt pain behaviors: relationship to patient functioning and treatment outcome. *Behavior Therapy*, 19, 191-201.
- Romano, J.M. y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Romano, J.M., Turner, J.A., Friedman, L.S., Bulcroft, R.A., Jensen, M.P. y Hops, H. (1991). Observable assessment of chronic pain patient-spouse behavioral interactions. *Behavior Therapy*, 22, 549-567.
- Rosen, G, Willoch, F, Bartentein, P, Berner, N y Rosjo, S (2001). Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: An intensive examination of two patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 38-56.
- Rosenthal, R (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

- Rosenthal, R y Fode, KI (1963). Psychology of the scientist. 5: Three experiments in experimenter bias. *Psychological Reports*, 12, 491-511.
- Rosenthal, R y Jacobson, L (1969). *Pygmalion in the classroom*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rowat, K.M. y Jeans, M.E. (1989). A collaborative model of care: patient, family and health professionals. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.) *Textbook of Pain*. Londres: Churchill Livingstone.
- Rowat, K.M. y Knafl, K.A. (1985). Living with chronic pain: the spouse's perspective. *Pain*, 23, 259-271.
- Roy R (1985). Enegl's pain-prone disorder patient: 25 years after. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 43, 126-135.
- Rudy TE, Kerns RD y Turk DC (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- Saldaña, C. (1982). *Eficacia y límites de la técnica de biofeedback en el tratamiento de dolor de cabeza tensional*. Tesis Doctoral inédita. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Salmon, P. (2000). *Psychology of medicine and surgery*. Chichester: Wiley.
- Sanders SH (1995). Risk factors for the occurrence of low back pain and chronic disability, *American Pain Society Bulletin*, 5, 1-60.
- Sanders SH (1996). Operant conditioning with chronic pain: back to basics En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (112-130). Nueva York: Guilford Press.
- Satow A, Nakatani K, Taniguchi S y Higashiyama A (1990). Perceptual characteristics of electrocutaneous pain estimated by the 30-word list and visual analg scale. *Japanese Psychological Review*, 32, 155-164.
- Scheer, SJ, Radack, KL y O'Brien, DR (1995). Randomized controlled trials in industrial low back pain relating to return to work. Part 1. Acute interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 966-973.
- Schmidt, A.J.M. (1985). Performance level of chronic low back pain patients in different treadmill test conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 639-645.
- Schneider, F. y Karoly, P. (1983). Conceptions of the pain experience. *Clinical Psychology Review*, 3, 61-86.
- Semerari, A. (2000/2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Seymour, R.A. (1982). The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post-operative dental pain. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 23, 441-444.
- Sharp, TJ (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.
- Shreman, R.A.; Gail, N. y Gormly, J. (1979). Treatment of phantom limb pain with muscular relaxation training to disrupt the pain-anxiety-tension cycle. *Pain*, 6, 47-55.
- Simmonds, M.J., Kumar, S y Lechelt, E. (1996). Psychosocial factors in disabling low

- back pain: causes or consequences? *Disability and Rehabilitation*, 18, 161-168.
- Simmons JW, Avant WS, Demski J y Parisher D (1988). Determining successful pain clinic treatment through validation of cost effectiveness. *Spine* 13, 34-24.
- Simon, EP y Folen, RA (2001). The role of the psychologist on the multidisciplinary pain management team. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 125-134.
- Sinclair, VG y Wallston, KA (2001). Predictors of improvement in a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 291-297.
- Slade, P.D.; Troup, J.D.G.; Lethem, J. y Bentley, G. (1983). The fear-avoidance model of exaggerated pain perception - II. *Behavior Research and Therapy*, 21, 409-416.
- Smith, ML, Glass, GV y Miller, TI (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Smith, T.W.; Aberger, E.W.; Follick, M.J. y Aherns, D.K. (1986). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 573-575.
- Snook, SH. y Webster, B.S. (1987). The cost of disability. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 221, 77-84.
- Sohn, D (1996). Publication bias and the evaluation of psychotherapy efficacy in reviews of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 16, 147-156.
- Spence, SH (1989). Cognitive-behaviour therapy in the management of chronic occupational pain of the upper limbs. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 435-446.
- Spence, SH, Sharpe, L. y Newton-John, T. (1995). Effect of EMG biofeedback compared to applied relaxation training with chronic, upper extremity cumulative trauma disorders. *Pain*, 63, 199-206.
- Stenn, D.; Mothersill, K. y Brooke, R. (1979). Biofeedback and cognitive behavioral approach to the treatment of myofascial pain dysfunction syndrome. *Behavior Therapy*, 10, 29-36.
- Sternbach, R.A.(1989)Behavior Therapy. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.) *Textbook of Pain* (pp. 800-805). Nueva York: Churchill Livingstone.
- Sternbach, R.A. y Tursky, B. (1965). Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock. *Psychophysiology*, 1, 241-246.
- Stoudemire, A. y Sandhu, J.(1987)Psychogenic/Idiopathic pain syndromes. *General Hospital Psychiatry*, 9, 79-86.
- Stuckey, S.J.; Jacobs, A. y Goldfarb, J.(1986)EMG biofeedback training, relaxation training and placebo for the relief of chronic back pain. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 1023-1036.
- Subramanian, K. (1987). Group training for the management of chronic pain in interpersonal situations. *Social work with groups*, 9, 55-69.
- Sullivan, MJ., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, LA. y Lefebvre, JC. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.

- Summers, JD, Rapoff MA, Varghese G, Porter K. y Palmer K. (1992). Psychological factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 47, 183-189.
- Syrjala, KL (2001). Relaxation and imagery techniques. En JD Loeser, SH Butler, CR, Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 1779-1788). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Syrjala, KL y Abrams, JR (1996). Hypnosis and imagery in the treatment of pain. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (231-258). Nueva York: Guilford Press.
- Szasz, T.S.(1957)*Pain and Pleasure. A study of bodily feelings*. Tavistock, Londres.
- Tait, R.C., Chibnall, J.T., y Margolis, R.B. (1990). Pain extent: relations with psychological state, pain severity, pain history, and disability. *Pain*, 41, 295-301.
- Tait, R.C.; Duckro, P.N.; Margolis, R.B. y Weiner, R.(1988)Quality of life following treatment: a preliminary study of in- and outpatients with chronic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*,18, 271-282.
- Tamburini, M., Selmi, S., Conno, F. y Ventafridda, V. (1987). Semantic descriptors of pain. *Pain*, 25, 187-193.
- Tan, G, Jensen, M P, Robinson-Whelen, S, Thornby, JI y Monga, TN (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures, *Pain*, 90, 127-133.
- Tan, S.Y. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review. *Pain*, 12, 201-228.
- Te r Kuile, MM, Spinhoven, P, Linssen, ACG, Zitman, RG, Van Dyck, R, y Rooijmans, HGM (1994). Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three different subject groups. *Pain*, 58, 331-340.
- Thompson SC (1981) Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Titchener, E.B. (1920). Notes from the psychological laboratory of Cornell University.*American Journal of Psychology*, 31, 212 (Cit. en Melzack y Torgerson, 1971).
- Tobin, D.L.; Holroyd, K.A; Baker, A.; Reynolds, R.V.C. y Holm, J.E. (1988). Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 325-339.
- Toomey TC, Ghia JN, Mao W y Gregg JM (1977). Acupuncture and chronic pain mechanisms; the moderating effects of affect, personality and stress in response to treatment. *Pain*, 3, 137-145.
- Toomey, T.C., Gover, V.F., y Jones, B.N. (1983). Spatial distributions of pain: A descriptive characteristic of chronic pain. *Pain*, 17, 289-300.
- Toomey, TC, Ghia, JN, Mao W y Gregg JM (1977). Acupuncture and chronic pain mechanisms: The moderating effects of affect, personality, and stress on response to treatment. *Pain*, 3, 137-145.
- Tulder, MW van, Ostelo, R, Vlaeyen, JWS, Lintons, SJ, Morley, SJ y Assendelft, WJJ (2000). Behavioral treatment for chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane back review group. *Spine*, 25, 2688-2699.

- Turk, D.C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.) *Cognitive Behavior Therapy: Research and Applications*. Nueva York: Plenum Press.
- Turk DC. (1990). Customizing treatment for chronic pain patients: who, what, and why? *The Clin Journal of Pain*, 6, 255-70.
- Turk DC (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. En RJ Gatchel y DC Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook* (3-32). Nueva York: Guilford Press.
- Turk, D.C. (1997). The role of demographics and psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. En T.S: Jensen, J.A. Turner y Z. Wiesenfeld-Hallin (eds.), *Proceedings of the Eighth World Congress on Pain, Vol. 8. Progress in pain research and management* (185-213). Seattle: IASP Press.
- Turk, D.C. y Flor, H. (1984). Etiological theories and treatments for chronic back pain. II. Psychological factors. *Pain*, 19, 209-233.
- Turk, D.C. y Flor, H. (1987). Pain > pain behaviors: the utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain*, 31, 277-295.
- Turk DC y Flor H (1999). Chronic pain: a biobehavioral perspective. En R.J. Gatchel y D.C: Turks (Eds.) *Psychosocial factors in pain: critical perspectives* (18-34). Nueva York: Guilford Press.
- Turk DC y Gatchel RJ (en prensa). Multidisciplinary programs for rehabilitation of chronic low back pain patients. En W.H. Kirkaldy-Willis y T.N. Bernard (Eds.), *Managing Low Back Pain*. Nueva York: Churchill Livingstone.
- Turk, D.C. y Genest, M.(1979) Regulation of pain: the application of cognitive and behavioral techniques for prevention. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.) *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. Nueva York: Academic Press.
- Turk, DC y Holzman, AD (1986). Commonalities among psychological approaches in the treatment of chronic pain: Specifying the meta-constructs. En AD Holzman y DC Turk (Eds.) *Pain management: A handbook of psychological treatment approaches* (pp. 257-268). Nueva York: Pergamon Press.
- Turk, D.C., Kerns, R.D. y Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the downside of social support. *Rehabilitation Psychology*, 37, 257-272.
- Turk, D.C.; Meichenbaum, D. y Berman, W.H. (1979). Application of biofeedback for the regulation of pain: a critical review. *Psychological Bulletin*, 86, 1322-1338.
- Turk, D.C.; Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, DC y Okifuji, A. (1997). Multidisciplinary pain centers: boons or boon-doggles?. *Journal of Workers Compensation*, 6, 9-26.
- Turk, DC y Okifuji, A (1998). Treatment of chronic pain patients: clinical outcome, cost-effectiveness, and cost-benefits. *Critical Review of Physical Medicine and Rehabilitation*, 10, 181-208.

- Turk DC y Okifuji A (1999). A cognitive-behavioral approach to pain. En PD Wall y R Melzack (Eds.) *Textbook of pain* (4ª edición, pp. 1431-1444). Londres: Churchill Livingstone.
- Turk, DC y Okifuji, A (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk DC, Okifuji A y Scharff L (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Turk, DC y Rudy, TE (1987) Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 25, 237-249.
- Turk, DC y Rudy, TE (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1-6.
- Turk, DC, Rudy, TE y Boucek, ChD (1986). The contributions of psychological factors to the experience of chronic pain. En C.A. Warfield (Ed.) *The anesthesiologist's guide to pain management*. Hingham: Kluwer Academic Publishers.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. y Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structures and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.
- Turk, D.C. y Salovey, P. (1984). Chronic pain as a variant of depressive disease. A critical reappraisal. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 398-404.
- Turk, D.C. y Salovey, P. (1985a). Cognitive structures, cognitive processes and cognitive-behavior modification: I. Client issues. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- Turk, D.C. y Salovey, P. (1985b). Cognitive structures, cognitive processes and cognitive-behavior modification: II. Judgments and inferences of the clinician. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 19-33.
- Turkat, I.D. y Guise, B.J. (1983). The effects of vicarious experience and stimulus intensity on pain termination and work avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 241-245.
- Turkat, I.D.; Guise, B.J. y Carter, K.M. (1983). The effects of vicarious experience on pain termination and work avoidance: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 491-493.
- Turner, J.A.(1982).Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 757-765.
- Turner JA (1996). Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine*, 21, 2851-2859.
- Turner, J.A. y Chapman, C.R. (1982a). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. I. Relaxation Training and Biofeedback.*Pain*, 12, 1-21.
- Turner, J.A. y Chapman, C.R. (1982b). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. II. Operant Conditioning, Hypnosis, and Cognitive-Behavioral Therapy. *Pain*, 12, 23-46.
- Turner JA y Clancy S (1988). Comparison of operant behavioral and cognitive-

- behavioral group treatment for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 261-266.
- Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, (1994). The importance of placebo effects in pain treatment and research. *JAMA*, 271, 1609-14.
- Turner JA y Jensen MP (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 52, 169-177.
- Turner JA, LeResche L Von Korff M y Ehrlich K (1998) Back pain in primary care. Patient characteristics, content of initial visit, and short-term outcomes. *Spine*, 23, 463-469.
- Turner, J.A. y Romano, J.M. (1984). Self-report screening measures for depression in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 909-913.
- Turner JA y Romano JM (2001). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain* (3ª edición, pp. 1751-1758). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Turner JA y Romano JM (2001). Psychological and psychosocial evaluation. En JD Loeser, SH Butler, CR Chapman y DC Turk (Eds.) *Bonica's management of pain*. (pp. 329-341). Londres: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Tursky, B. y Sternbach, R.A. (1975). Further physiological correlates of ethnic differences in response to shock. En M. Weisenberg (Ed.) *Pain: Clinical and Experimental Perspectives*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Vallejo, M.A. (1984). Consideraciones acerca de las variables activas del entrenamiento en biofeedback en el tratamiento del dolor crónico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 135-158.
- Vallejo, M. (1987). *Estudio y tratamiento del dolor: factores inespecíficos del entrenamiento en biofeedback*. Tesis Doctoral: Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid.
- Vallejo MA y Comeche MI (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Van den Hout, JHC, Vlaeyen, JWS, Kole-Snijders, AMJ, Heuts, PTG, Willen, JL y Sillen, WJT (1998). Graded activity and problem solving therapy in subacute non-specific low back pain. *Physiotherapy*, 84, 167
- Van der Weide, WE, Verbeek, JHAM y van Tulder MW (1997). Vocational out-come of interventions for low-back pain. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 165-178.
- Van Tulder MW, Koes BW y Bouter LM (1995). A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain*, 62, 233-240.
- Vandereit K, Adriansen H, Carton H y Vertomen H (1987) The McGill Pain Questionnaire constructed for the Dutch language (MPQ-DV). Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain*, 30, 395-408.
- Varni, J. (1981). Self-regulation techniques in the management of chronic arthritic pain in hemophilia. *Behavior Therapy*, 12, 185-194.
- Vera MN y Vila J (1995). Técnicas de relajación. En VE Caballo (Ed.) *Manual de*

- técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161-182). Madrid: Siglo XXI.
- Verkes RJ, Van der Kloot WA y Van der Meij J (1989). The perceived structure of 176 pain descriptive words. *Pain*, 38, 219-229.
- Viguie, F. (1982). Questionnaire Algie. En R. Melzack y P.D. Wall (Eds.) *La Defi de La Douleur*. Paris: Moloine (Cit. en Boureau y Paquette, 1988).
- Volinn E. (1999). Do workplace interventions prevent low-back disorders? If so, Why?: a methodologic commentary. *Ergonomics*, 42, 258-72.
- Violon, A. y Giugea, D.(1984)Familial models for chronic pain. *Pain*, 18, 199-203.
- Visentin, M, Trentin, L, Marco, R de y Zanolin, E (2001). Knowledge and attitudes of Italian medical staff towards the approach and treatment of patients in pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 925-930.
- Vlaeyen, J.W., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, P.H. y van Breukelen, G. (2001). Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behaviour Research & Therapy*, 39, 151-166.
- Vlaeyen JWS, Kole-Snijders KM (1995). The role of fear of movement-reinjury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5, 235-252.
- Vlaeyen, J.W.S. y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Vlaeyen, J.W., Seelen, H.A., Peters, M., de Jong, P., Aretz, E., Beisiegel, W. Y Weber, W.E. (1999). Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*, 82, 297-304.
- Volinn, E., von Koevering, D. y Loeser, J.D. (1991). Back sprain in industry: the role of socioeconomic factors on chronicity. *Spine*, 16, 542-548.
- Vo n Korff, M (1999). Epidemiological methods. En IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche y M Vo n Korff (Eds.) *Epidemiology of pain* (pp. 7-16). Seattle: IASP Press.
- Vo n Korff M, LeResche L y Dworkin SF (1993). First onset fo common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*, 55, 251-258.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Sommerville, D. y Main, C. (1993). A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wall, P.D.(1986)Dolor y ausencia de dolor. En C.W. Coen (Ed.) *Las funciones del cerebro*. Ariel, Barcelona.
- Wall, PD y Melzack, R (Eds.) (1999). *Textbook of pain* (4ª edición). Londres: Churchill Livingstone.
- Weisenberg M (Ed.) (1975). *Pain: Clinical and Experimental Perspectives*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Weisenberg, M. (1977). Pain and Pain Control. *Psychological Bulletin*, 84, 1008-1044.
- Weisenberg, M.(1987)Psychological intervention for the control of pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 301-312.
- Weisenberg, M (1998). Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal*

- of Clinical and Experimental Hypnosis, 46, 44-61.*
- Wells, P. y Lessard, E. (1989). Movement education and limitation of movement. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.) *Textbook of Pain* (2ª Edición; pp. 952-963). Londres: Churchill Livingstone.
- Williams, DA, Cary, MA, Groner, KH, Chapli, W, Glazer, LJ, Rodriguez, AM y Clauw, DJ (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *Journal of Rheumatology, 29, 1280-1286.*
- Winokur, G.; Behart, D. y Valkenbur, M.D. Van (1987). Is a familial definition of depression both feasible and valid? *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 166, 764-768.*
- Winsber, B. y Greenlick, M. (1975). Pain response in Negro and White obstetrical patients. En M. Weisenberg (Ed.) *Pain: Clinical and Experimental Perspectives*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Winters, R. (1985). Behavioral Approaches to Pain. En N. Schneiderman y J.T. Tapp (Eds.) *Behavioral Medicine. The Biopsychosocial Approach*. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wolf, S.L.; Naclit, M. y Kelly, J.L. (1982). EMG feedback training during dynamic movement for low back pain patients. *Behavior Therapy, 13, 395-406.*
- Wright, V y Helliwell, PS (1992). Undergraduate education in musculoskeletal diseases. *British Journal of Rheumatology, 31, 279-280.*
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues, 8, 16-30.*
- Zborowski, M. (1969). *People in Pain*. San Francisco: Jossey-Bass.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

(Dirigida por José M. Gondra)

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lely.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por Goldstein-Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.

30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por Luis Mayor y Francisco Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por Arnold P. Goldstein y Harold R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James

L. Framo.

55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.

57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.

58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.

59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.

60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.

61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.

62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.

63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.

64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.

65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.

66. LA SABIDURÍA, Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.

67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.

68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por William H. Cormier y L. Sherilyn Cormier.

69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M Muchinsky.

70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.

71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.

72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.

73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.

74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.

75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.

76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.

77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.

78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.

79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.

80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.

81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una

guía clínica, por Joseph Barber.

105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.

106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.

107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.

108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.

109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.

110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.

111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.

112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.

113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.

114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.

115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.

116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.

117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.

118. HABILIDADES DE ENTRETISTA PARA PSICOTERAPEUTAS Vol 1. Con ejercicios del profesor Vo 1 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.

119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.

120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).

121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.

122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.

Notas

[\[1\]](#) El concepto “*multidisciplinar*” también se utiliza, y con frecuencia, para aludir a esta forma de trabajar, aunque ambos conceptos sean, en realidad, distintos. Así, si bien “multidisciplinar” implica aglutinar la actividad de distintos profesionales (por ejemplo, anestesista, personal de enfermería, psicólogo), éstos no tienen porqué compartir el enfoque terapéutico. En estas páginas, sin embargo, cuando utilicemos la expresión “multidisciplinar” se hará en relación con una forma de trabajar que se asocia a la interdisciplinariedad.

Índice

Prefacio	6
1 El dolor: aspectos conceptuales	13
1.1. El problema de la definición	14
1.1.1. Definiciones basadas en el dualismo cartesiano	15
1.1.2. El modelo de la compuerta	19
1.1.3. La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor	21
1.1.4. Algunas aportaciones de la Psicología a la definición y moderna conceptualización del dolor	22
1.2. La experiencia de dolor y sus componentes	24
1.3. Algunas clasificaciones y tipos de dolor	28
1.3.1. Clasificación multidimensional de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor	29
1.3.2. Clasificación del dolor según la etiología: acerca del dolor psicógeno	31
1.3.3. Clasificación del dolor según criterios de duración: dolor agudo vs. dolor crónico	37
1.4. Dolor crónico	41
1.4.1. Naturaleza y características	42
1.4.2. Factores de riesgo	44
1.4.3. Una perspectiva biopsicosocial	50
2 La evaluación de los pacientes con dolor crónico	67
2.1. Introducción	68
2.2. Acerca de la contribución del psicólogo a la evaluación de pacientes con dolor crónico: aspectos generales	71
2.3. Técnicas e instrumentos que se utilizan en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico	74
2.3.1. La entrevista	75
2.3.2. Evaluación de la intensidad del dolor	80
2.3.3. El dibujo de dolor	83
2.3.4. El diario de dolor	85
2.3.5. El cuestionario de dolor de McGill	87
2.3.6. El inventario multidimensional de dolor de West Haven-Yale	93
2.3.7. El cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry	95
2.3.8. Observación de las conductas de dolor	96

3 El tratamiento de los pacientes con dolor crónico	100
3.1. Introducción	101
3.2. Las unidades de dolor	104
3.3. Acerca del tratamiento multidisciplinar en grupo y programado	110
3.4. Aportaciones de la Psicología	117
3.4.1. El entrenamiento en relajación	118
3.4.2. Biofeedback	120
3.4.3. Hipnosis	122
3.4.4. Tratamiento sobre la base del manejo de contingencias (condicionamiento operante)	124
3.4.5. Técnicas cognitivas	128
3.4.6. Una aproximación cognitivo-conductual al tratamiento de pacientes con problemas de dolor crónico	133
3.5. El reto de la prevención	142
4 A modo de reflexión y últimos comentarios	148
Referencias bibliográficas	157
BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA (Dirigida por José M. Gondra)	189
Notas	195