

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**PROYECTO:
“INCIDENCIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN DOLOR
CRÓNICO BENIGNO EN PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN
REHABILITACIÓN POR PADECIMIENTOS FÍSICOS”**

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO POR:

CALERO ROMERO, EVELYN ADRIANA
PALACIOS VIERA, FRANCISCO ALEJANDRO
RAMÍREZ RAMÍREZ, REBECA ALEJANDRA

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**DOCENTE DIRECTOR:
LICENCIADO JOSÉ ÁNGEL MELÉNDEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO DE 2016
EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR INTERINO:

LIC. LUIS ARGUETA ANTILLÓN

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO:

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

SECRETARIO:

DRA. ANA LETICIA DE ZABALETA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO:

LICDO. JOSÉ VICENTE CUCHILLAS MELARA

VICE-DECANO:

LICDO. EDGAR NICOLÁS AYALA

SECRETARIO:

LICDO. RAFAEL ANTONIO OCHOA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

JEFE DE DEPARTAMENTO:

LICDO. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADUACIÓN:

LICDO. MAURICIO EVARISTO MORALES

DOCENTE DIRECTOR:

LICDO. JOSÉ ÁNGEL MELÉNDEZ

DEDICATORIA

Dedico de manera especial el resultado final del proceso de grado a mi familia, pues fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentaron las bases de mi responsabilidad, deseos de superación y me brindaron todo el apoyo y cariño necesario para llegar a este momento. También a mi segunda familia, que son aquellas personas que han venido influenciando mi vida de manera positiva con su compañerismo, amistad, apoyo, aprecio y consejos que me llevaron a luchar por mis sueños, a perseverar para alcanzar mis ideales y sobre todo, me acompañaron en mi formación personal y profesional.

Evelyn Adriana Calero

...

Francisco Alejandro Palacios

Mami, Papi, esto es el resultado de todo el esfuerzo que hicieron por brindarme 20 años de una excelente educación. Los amo y se los agradezco inmensamente, ¡los libero! Lo que sigue corre por mi cuenta. Gracias por todo el amor que recibo a diario y la paciencia que me tuvieron para terminar este trabajo. Ilian, esto también es para vos, porque aunque aburría con mis quejas, siempre me dabas la razón. Te amo hermana mía.

Rebeca Alejandra Ramírez

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, ISRI, especialmente a las del Centro del Aparato Locomotor, por darnos la apertura para poder llevar a cabo la presente investigación.

A doña Guadalupe, que siempre nos facilitó la gestión de todo trámite que necesitáramos.

A Sara, doña Enma y doña Ana, que se comprometieron con el proyecto, creyeron en nosotros y lo finalizaron. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Al licenciado Ángel Meléndez, nuestro docente asesor, que nos brindó su ayuda a lo largo de todo este proceso, que vio potencial en nuestra investigación y nos impulsó a dar lo mejor.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación actual	1
1.2 Enunciado del problema de investigación	2
1.3 Objetivos de la investigación	2
1.4 Justificación de la investigación	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Antecedentes sobre el dolor	10
<i>2.2.1 El dolor como concepto histórico</i>	10
<i>2.2.2 Características del dolor</i>	12
2.3 Fisiología del dolor	15
<i>2.3.1 Los nociceptores, la transducción y transmisión de estímulos dolorosos</i>	15
<i>2.3.2 Modulación de la percepción del dolor</i>	16
2.4 Teorías que explican el dolor	17
<i>2.4.1 Teoría de la especificidad del dolor</i>	17
<i>2.4.2 Teoría del patrón del dolor</i>	19
<i>2.4.3 Teoría de la sumatoria central</i>	20

<i>2.4.4 Cuarta teoría sobre el dolor</i>	20
<i>2.4.5 Teoría de la interacción sensorial</i>	20
<i>2.4.6 Teoría psicológica y conductual del dolor</i>	21
<i>2.4.7 Teoría del control por compuerta</i>	21
2.5 Tipología del dolor	23
<i>2.5.1 Según su origen</i>	23
<i>2.5.2 Según su duración</i>	24
<i>2.5.3 Según su intensidad</i>	25
<i>2.5.4 Según la American Psychiatric Association</i>	26
<i>2.5.5 Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, CIE – 10</i>	27
<i>2.5.6 Otras tipologías</i>	27
2.6 Tratamiento psicológico del dolor	28
<i>2.6.1 El papel del psicólogo en el abordaje del dolor crónico</i>	28
<i>2.6.2 Principales modelos psicológicos en el tratamiento del dolor crónico</i>	30
<i>2.6.3 Terapias e intervenciones psicológicas para el tratamiento del dolor crónico</i>	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1 Hipótesis de investigación	36
3.2 Variables	36

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	38
4.1 Tipo de investigación	38
4.2 Población y muestra	38
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
4.4 Procedimiento	41
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
5.1 Análisis por categorías psicológicas	45
<i>5.1.1 Estado emocional</i>	46
<i>5.1.2 Cognición</i>	48
<i>5.1.3 Conducta</i>	50
5.2 Análisis del programa de tratamiento psicológico para el dolor crónico benigno	52
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
6.1 Conclusiones	56
6.2 Recomendaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de variables	36
Tabla 2. Resumen de la muestra participante	45
Tabla 3. Distribución de la muestra por sexo	46
Tabla 4. Distribución de la muestra por grupos etarios	46
Tabla 5. Distribución de la muestra por ocupación	46
Tabla 6. Distribución de la muestra según diagnóstico	45
Tabla 7. Distribución de la muestra por duración de su dolor	45
Tabla 8. Compilado de registro de quejas	47
Tabla 9. Resultados pre y post tratamiento del McGill Pain Questionnaire	49
Tabla 10. Compilado de registro diario del dolor	50
Tabla 11. Compilado de autorregistro de ejercicio general	52
Tabla 12. Comparación de características de la población canadiense y salvadoreña	53
Tabla 13. Resumen de resultados obtenidos en la ejecución del programa	55

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico existe, es una realidad. Una realidad que ha sido minimizada, a través de los años, con el auge de los medicamentos derivados del opio. La mayor parte de los problemas relacionados a dolores físicos y/o musculares, sin importar su etiología, podían ser reducidos o eliminados con una simple píldora.

Pensando en lo invisibilizada que está la población que padece dolor crónico y en la necesidad de un trabajo multidisciplinario para atenderla, la investigación sienta sus bases en los estudios realizados por la Dra. Clare Philips, quien ha trabajado por muchos años con población con dolor crónico en Canadá, obteniendo resultados positivos gracias al tratamiento psicológico puesto en práctica. Con la presente investigación, se espera poder replicar, con población salvadoreña, el tratamiento propuesto por ella, que consta de 9 sesiones, donde se ayuda a la persona a comprender lo que sucede con el dolor, cómo éste es visto como una experiencia y se re-educan para tomar nuevamente control de su vida y acciones, a través de una serie de estrategias.

Este informe se estructura en seis capítulos y anexos. El capítulo uno, donde se plantea el problema de investigación, junto con sus objetivos y justificación. El capítulo dos, que presenta un marco teórico, el cual explica desde los antecedentes del dolor, pasando por sus características, fisiología y teorías que lo explican, hasta las principales clasificaciones del dolor y algunas aproximaciones psicológicas que han intervenido en el abordaje del dolor crónico. En el capítulo tres se exponen las hipótesis de la investigación. El capítulo cuatro consiste en la metodología seguida durante la investigación, es decir, el tipo de investigación que se realizó, la muestra con la que se trabajó, las técnicas e instrumentos y el procedimiento con que se llevó a cabo todo el proyecto. La presentación y análisis de resultados están contenidos en el capítulo cinco, y es donde se exponen los alcances obtenidos en la investigación. El capítulo final, corresponde a las conclusiones de la investigación y a recomendaciones propuestas que enriquecerán investigaciones futuras. Además, se anexa el programa de tratamiento para el dolor crónico benigno que se ejecutó.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación actual

Según Nahin (2015), una encuesta, realizada en el año 2012, aseguraba que más de 25 millones de estadounidenses sufren diariamente dolor. En nuestro país, a la fecha, no se ha realizado un censo epidemiológico que arroje datos del porcentaje de personas que viven con dolor crónico. Sin embargo, una investigación realizada por Arévalo (2010), en la Clínica del Dolor del Hospital Oncológico, determinó que para el período de enero a junio del 2010, se reportaban 2699 consultas, de las cuales 2368 eran por dolor no oncológico, lo que equivale a un 87.7% de los consultantes.

El dolor crónico tiene como etiología, diversas y variadas patologías, aunque generalmente surge como una lesión aguda que evoluciona a un dolor crónico. Entre las patologías encontramos, trauma, cirugía, diferentes enfermedades crónicas como osteoartritis, lumbalgia, fibromialgia, cefaleas, dolor abdominal crónico (pancreatitis, colon irritable), miembro fantasma, entre otras; incluso puede existir dolor crónico sin ningún padecimiento específico.

Cuando el dolor llega a ser un problema tan grave que interfieren con el trabajo, el estudio y/o las actividades normales, la persona puede caer en un círculo vicioso. Cuando comienza a preocuparse por el dolor puede, a su vez, deprimirse y volverse irritable. La depresión y la irritabilidad, suelen provocar insomnio y fatiga, lo cual, crea mayor depresión, irritabilidad y dolor, que en ocasiones, puede desarrollar en ciertas personas, una adicción a los medicamentos. Se crea un estado de sufrimiento, donde la persona no cree que podrá salir (The University of Chicago Medicine, sf).

Si el dolor crónico sigue tratándose desde una perspectiva puramente médica no se logrará mejorar la experiencia del dolor en las personas, ya que aquella busca una causa física a la que “atacar”, mediante medicamentos o radiofrecuencia (ondas electromagnéticas que buscan estimular los tejidos afectados), para “disminuir” el dolor y dejan de lado factores externos que podrían estar influyendo en la percepción que tienen del dolor (ansiedad, depresión, fatiga, estrés, etc.).

Investigaciones recientes demostraron que el tratamiento psicológico ha contribuido al manejo del dolor, por haberse centrado en la problemática como una experiencia en la que están implicados factores cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales y que son intervenidos mediante técnicas cognitivo conductuales, tales como la relajación y la reestructuración de las ideas que pueden influir en el padecer. Ambas vertientes, la psicológica y la médica, han demostrado efectividad por sí mismas, pero una conclusión constante en los profesionales es que deben fusionarse los dos enfoques, deben complementarse, dando así un tratamiento más completo, que abarca cuerpo y mente y que ayudaría a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con dolor crónico.

1.2 Enunciado del problema de investigación

¿El tratamiento psicológico en personas con dolor crónico benigno incide en la experiencia del dolor con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de los participantes?

1.3 Objetivos de la investigación

General.

Valorar la incidencia del tratamiento psicológico en el dolor crónico en personas que se encuentran en rehabilitación por padecimientos físicos.

Específicos.

- Describir el fenómeno del dolor en el ser humano, haciendo énfasis en el dolor crónico benigno.
- Identificar las estrategias de intervención psicológica más eficaces ante el dolor crónico benigno y conocer los alcances de las mismas en el dolor vivenciado por los participantes.
- Determinar las características de la población salvadoreña con dolor crónico benigno seleccionada, con el fin de adaptar el tratamiento psicológico de la Dra. Philips a las necesidades específicas de cada grupo de terapia.

1.4 Justificación del estudio

La relevancia del dolor crónico en el ser humano, viene contándose desde hace mucho tiempo, por haber formado parte de su vida, al ayudarlo a conocer sus límites y a reconocer sus padecimientos, para formar parte de todo un grupo de reacciones físicas que sirven para advertir al cuerpo sobre lo que sucede alrededor.

De tal manera, el ser humano se ha visto interesado en conocer e investigar acerca del dolor para buscar, en cierta medida disminuirlo, controlarlo o evitarlo. Encontrando las primeras alternativas de afrontamiento, en el área médica, mediante fármacos que causaban un alivio temporal, pero con el tiempo generaban problemas de dependencia farmacológica, entre otros resultados menos favorables.

En El Salvador, el tema del dolor y su tratamiento, se ha presentado de forma imprecisa, no se encuentran datos sociodemográficos actualizados de la población que lo padece; sin suficientes antecedentes que muestren un efectivo afrontamiento, llegándose a mostrar como una dificultad con poca publicidad, dentro de la vorágine de problemas sociales existentes.

Hoy en día, dentro de instituciones como el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) encontramos unidades especializadas para el manejo de pacientes con dolor recurrente, sin embargo, no fue hasta el pasado año 2014 que se elaboró el primer manual de “Lineamientos técnicos para la atención del dolor crónico y cuidados paliativos”, bajo el mandato de la Ex Ministra de Salud, Dra. María Isabel Rodríguez, y que describe las opciones de tratamiento, duración, tipo de medicamentos, así como otras atenciones que requiera el paciente, así como el seguimiento y evolución que se le debe proporcionar en su domicilio.

No obstante, el desarrollo científico y los avances en el campo de las ciencias de la salud han ido demostrando de manera creciente la complejidad de este fenómeno del dolor y el lugar cada vez más importante que los factores psicológicos tienen en su desarrollo. Lo cual se evidencia por las diversas investigaciones realizadas en el extranjero, las cuales se describen más adelante, y por instituciones dedicadas al estudio

y tratamiento del dolor, desde un enfoque psicológico, como es ALGOS, Investigación en Dolor (2012).

Estas razones han servido de motivación para realizar una revisión teórica, retomando a autores como Domínguez (1996), Bakaikoa, Borrell, Fernández y Semis (2008), entre otros, cuyo objetivo es dar a conocer los principales aportes que, desde el campo de la psicología, se han realizado para su mejor comprensión y a la vez explicar algunos de los métodos y técnicas psicológicas que más se han utilizado en su tratamiento.

De igual forma, ante la falta de investigaciones de carácter nacional que indaguen en el abordaje de la temática, se busca ser pioneros en el área de la Psicología del Dolor, no solo en cuanto a la investigación y recopilación teórica, sino en la ejecución de un plan de tratamiento biopsicosocial que busque intervenir el dolor. Por consiguiente, se quiere demostrar que existe no solo una nueva área de estudio dentro de la psicología en el país, que permitirá y podrá dar apertura a nuevas áreas de trabajo, además de continuar con la desmitificación de la psicología en el país y así tratar de posicionarla en el nivel de importancia que merece en la actualidad.

Por otra parte, con la investigación se espera dar relevancia a una población que ha sido dejada de lado debido a las diversas problemáticas que existen en nuestro sistema de salud, las constantes epidemias, enfermedades crónicas graves (cáncer, insuficiencia renal, etc.), a través de una nueva perspectiva, que actúe de forma complementaria y que proporcione herramientas de afrontamiento a las personas y su experiencia con el dolor; esto permitirá que personas con padecimientos crónicos y que han sido incapacitados (total o parcialmente) logren retomar la parte activa dentro de su vida y la de sus familiares, contribuyendo a la mejoría de su calidad de vida.

También se pretende comprobar que el tratamiento psicológico incide en mejorar la experiencia del dolor crónico benigno y brindar, a su vez, una alternativa a los tratamientos médicos utilizados en la actualidad para el manejo del mismo. El equipo de investigación estuvo comprometido con los participantes del estudio, toda acción estuvo tendiente a garantizar su bienestar físico, psicológico y mental. No se presentó ningún efecto negativo a partir de la ejecución del tratamiento. En su lugar, se espera que el

sistema de salud, o en su defecto, el ISRI, considere la implementación de modelo multidisciplinario, que incluya el tratamiento psicológico, al observar los beneficios obtenidos por los participantes del estudio.

El impacto de la investigación no solo es directo, con los participantes del estudio, sino que, de manera indirecta, se espera abarcar al menos a un pequeño grupo de estudiantes de psicología que estén interesados en el área de la Psicología del Dolor, y al ver los resultados obtenidos, intenten replicar o darle una continuidad a la presente investigación y así, poco a poco, se podría poner más en evidencia la importancia que la psicología tiene para hacerle frente a diversas situaciones y se tendría como una necesidad aplicarla y no solo como una opción.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

El tratamiento psicológico del dolor crónico. Clare Philips (1991), desarrolló este programa para el tratamiento del dolor crónico desde un acercamiento esencialmente psicológico. Se recibían y evaluaban las solicitudes de tratamiento enviadas por otros profesionales, y los pacientes seleccionados eran tratados por personal multidisciplinario. Las remisiones se realizaban sin importar la razón del dolor crónico (reumatología, odontología, ortopedas, médicos, urólogos, etc.), generalmente cuando el especialista ya no tenía más soluciones que ofrecer al paciente.

Se requería de tres tipos de fuentes de información para decidir si era conveniente incluir a un paciente al programa, éstas eran, la fuente de referencia del médico remitente, que brindaba el informe médico y un resumen de cómo se ha tratado el problema hasta el momento; la entrevista con el paciente, que servía para conocer cómo el paciente percibía su problema (sus características, patrón y desarrollo, localización, etc.); y finalmente, de los consultores del programa, que podían recomendar un tratamiento más adecuado.

Es un programa altamente estructurado, limitado temporalmente, diseñado para producir sus efectos iniciales en un período de alrededor de nueve semanas. Durante las sesiones semanales, se presentaban y practicaban nueve estrategias distintas del control del dolor. Para poder hacer un análisis de los resultados, se hizo uso de una batería de pruebas psicológicas, que fueron aplicadas antes y después del tratamiento, que incluían el “McGill Pain Questionnaire”, “Pain Behavior Questionnaire”, “Cognitive Evaluation Scale”, “Inventario de ansiedad estado-rasgo”, “Sickness Impact Profile” y el “Inventario de depresión de Beck”.

Luego de participar en el proceso, los pacientes reportaban cambios significativos en su problema de dolor. En general, se observaba que se desprendían de sus habituales y poco adaptativas respuestas conductuales al dolor y optaban por unas más adecuadas.

Investigación Clínica Psicológica y Dolor Crónico. Domínguez (1996) da a conocer la práctica realizada, en el manejo del dolor y estrés en una de las primeras clínicas del dolor, ubicada en el *Hospital General de México*, quienes hicieron un estimado de atención de 28.000 casos mensuales, donde realmente solo se logra atender al 7%. La gran mayoría de pacientes atendidos en esta clínica perciben su dolor como persistente, es decir, incapacitante para ejecutar cualquiera de sus actividades cotidianas. Algunos de estos pacientes presentan un estado motivacional que limita notablemente su ánimo, incluso para reportar cómo se sienten, simplemente no contestan.

Así, en 1991, se llevó a cabo la intervención psicológica en 28 pacientes con dolor crónico, a los que se les brindó 5 sesiones de 25 minutos cada una en promedio. Dentro de las técnicas más utilizadas fueron la relajación, visualización, entrenamiento autógeno, modalidades cognitivas, entre otras.

Los resultados del tratamiento muestran la disminución de la ingesta de medicamentos, que ha sido un indicador clínico muy importante del impacto de los tratamientos psicológicos. Se apreció que un 35.72%, disminuyeron, mientras que un 7.14% de los pacientes no la redujeron y el 57.14% no ofrecieron datos.

En cuanto a la disminución de la incapacidad física, laboral y familiar, producto del tratamiento psicológico, 78.33% de los pacientes comentaron un incremento en sus actividades físicas, laborales y familiares, mientras que el restante 21.67% siguió con la incapacidad.

La eficacia del tratamiento psicológico reportado en estos pacientes indicó que: disminuyó el dolor en el 57.14%; el 7.14% respondió que no y el 35.72% no respondió. Partiendo de esto, Domínguez (1996) y sus colaboradores, presentaron esta investigación para respaldar la importancia de un trabajo multidisciplinar que interviniera el dolor crónico, para obtener resultados satisfactorios para los pacientes que lo padecen.

Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. Moiolí y Merayo (2005) presentan una investigación realizada en el Instituto de Psicología y Desarrollo Afectivo Sexual de Sevilla por

psicólogos voluntarios. Dicha intervención se realizó tomando como base, (con las respectivas adaptaciones) las investigaciones de Philips reflejadas en el texto “el tratamiento del dolor crónico”. Para dicha intervención se reclutó a 48 mujeres, con una edad promedio de 48 años, todas ellas con padecimiento de fibromialgia, enfermedad crónica que provoca a nivel muscular constantes dolores, y a largo plazo fatiga, insomnio, entre otros síntomas.

El programa de intervención se realizó en forma de 13 seminarios, distribuidos en 10 semanas. Dichos seminarios tenían una duración de 2 horas y media a 3 horas. Los temas a tratar en estas 10 semanas fueron los siguientes: acercamiento al conocimiento del dolor, relajación progresiva, pasiva y auto hipnosis, autoconcepto, estados emocionales, habilidades sociales y ejercicio físico.

Para evaluar los resultados del tratamiento se utilizaron las siguientes técnicas y pruebas: “Entrevista a Pacientes de Dolor”; “Entrevista a Familiares de Pacientes con Dolor Crónico”; “Inventario de Ansiedad de Beck”; “Inventario de Depresión de Beck”; “Cuestionario de Refuerzos”; “Escala Analógica Visual”; “Inventario del Concepto de Sí Mismo”. Todas las evaluaciones fueron realizadas tanto al principio como al final del tratamiento, a excepción del “Inventario del Concepto de Sí Mismo” y el “Cuestionario de Refuerzos”. Además, al final se le solicitó a cada participante que expresara su percepción acerca del cambio y su opinión acerca del programa realizado con un “Cuestionario de Evaluación Final”.

Los resultados obtenidos durante la evaluación expresan que todas las pacientes tenían una media de 20 años de padecimiento del dolor, sufrían a diario con una intensidad media de 6 (en una escala del 1 a 10) y una intensidad media máxima de 8.9. Se estima que 3 de cada 4 familiares, animan a los pacientes a tomar una actitud pasiva y resignada respecto al dolor. Además, 1 de cada 3 familias indican que el ejercicio físico es el que genera el dolor. Se encontró que 3 de cada 4 personas tenían antecedentes de dolor físico o incapacidad física en familiares; también se encontró que los principales agravantes del dolor eran las tensiones y los estados emocionales de irritación o ansiedad.

Los resultados del tratamiento psicológico indican que éste ha proporcionado beneficios, bajando los niveles de ansiedad y los síntomas cognitivos de la depresión. Los datos reflejan que 35 de las participantes expresaron tener mejoras en la percepción del dolor, gracias a las herramientas que se proporcionaron y generaron una nueva percepción de su problemática.

Las autoras concluyen que para esta problemática es necesario atender con más detenimiento las variables psicosociales que pueden intervenir en las conductas del paciente (antecedentes familiares, entorno familiar actual) y retomar estos planes de tratamiento a futuro como parte de las herramientas a disposición del equipo interdisciplinar que se enfoca en el trabajo con personas que sufren de dolor crónico.

Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una Unidad del Dolor. Bakaikoa, Borrell, Fernández y Semis (2008) dan a conocer los resultados de un programa de intervención psicológica a personas que siguen un tratamiento para el dolor crónico en la Clínica del Dolor del *Hospital Germans Trias i Pujol* de Badona (Barcelona). La investigación tenía como objetivo aplicar un protocolo de intervención psicológica que modificara la percepción que el paciente tiene de su dolor y mejorar así las habilidades de afrontamiento que elevarían la calidad de vida.

El formato de intervención consistió en terapia de grupo, de 9 a 12 participantes, con una extensión de 12 sesiones semanales de hora y media cada una. El procedimiento constó de cuatro fases: *Fase 1. Selección de los pacientes y primera evaluación*, donde en base a criterios de inclusión y exclusión, se derivaron pacientes al equipo psicológico para realizar una entrevista psicológica de evaluación, donde se recopilaban datos demográficos e historia médica del paciente. También se les informó los objetivos y posibles beneficios del programa. *Fase 2. Cumplimiento del protocolo de evaluación pre-intervención en la primera sesión de grupo*, donde se administró una batería de pruebas, “Pain Catastrophizing Scale”, “Cuestionario de afrontamiento al dolor”, “Escala hospitalaria de ansiedad y depresión”, “STAXI-2”, y “Pain Disability Index”, para determinar los cambios antes y después del tratamiento. *Fase 3. Sesiones de terapia grupal*, de la segunda a la onceava sesión, se trabajó con ejercicios de respiración y

relajación, se explicó el dolor desde diferentes perspectivas, las emociones que inciden en el mantenimiento del dolor y métodos de afrontamiento para el dolor. En la doceava sesión se aplicaron nuevamente la batería de test. *Fase 4. Seguimiento*, el cual realizaron a los 6 y 12 meses.

Como resultado del protocolo de intervención psicológica, Bakaikoa *et al* (2008) expresan que los resultados que arrojaron las pruebas psicológicas fueron contradictorios, ya que a pesar de apreciarse una evidente mejoría por parte de los pacientes, los investigadores y demás personal de la unidad (pacientes menos demandantes, reducción de medicamentos, espaciamiento entre visitas a la clínica y una mejor adaptación a su estado), el efecto de ésta no quedó reflejado en los resultados de las pruebas. La conclusión a la que llegaron fue que las pruebas estaban demasiado centradas en la valoración del dolor, y al ser pacientes crónicos o con enfermedades degenerativas, dicho dolor no variaba o incluso podía empeorar, lo cual, en efecto, se evidenciaba en los resultados.

Bakaikoa *et al* (2008), optaron por modificar las medidas para tener más en cuenta el concepto de sufrimiento, ya que el modo de dar significado a la experiencia del dolor influye en la percepción que tienen del entorno y de ellos mismos, incrementando o disminuyendo dicho sufrimiento (que la mayor parte del tiempo se confunde con dolor percibido).

2.2 Antecedentes sobre el dolor

2.2.1 El dolor como concepto histórico. El concepto del dolor ha existido desde los inicios de la historia y ha estado profundamente arraigado a la evolución del hombre. Así podemos observar cómo el hombre ha escrito constantemente sobre él, sobre lo que significa, lo qué es, cómo funciona, cómo nos afecta o cómo nos ayuda y un largo etcétera. De esta manera, el ser humano ha tratado en cada una de sus culturas y épocas, expresar sus ideas acerca del dolor.

El dolor acompaña al hombre desde épocas prehistóricas y se volvió parte vital del mismo al servir como una señal de alerta, si algo generaba malestar físico, no podía ser bueno, es así como el hombre evitó las garras de los animales, aquellos arbustos con

espinas o que generaran picazón, todos aquellos dolores superficiales o físicos se volvieron lógicos y ante los mismos solían usar masajes o presión (Cabral, 1993). Pero, ¿cómo reaccionar ante el dolor interno, dolores de estómago, de cabeza, etc.? Al no tener una explicación clara acerca de estos dolores, los hombres prehistóricos lo vieron como algo místico.

Cientos de años después, los egipcios consideraron que el dolor tenía su origen debido a la influencia de los dioses o de espíritus de personas muertas; en los papiros de Ebers donde se recopila una amplia cantidad de conocimientos médicos de esa época, explica que estos espíritus pueden salir del cuerpo a través de vómitos, heces, estornudos y demás. La importancia de este papiro reside en la explicación que da sobre la fisiología humana, donde afirma que el cuerpo está lleno de una red de vasos que transportan el soplo de la vida y las sensaciones al corazón, dando así, a este órgano del cuerpo, gran importancia ya que era el encargado de recopilar toda la actividad sensorial y los sufrimientos de la persona.

En la cultura hindú, Buda encontró explicación para el dolor al decir que éstos provenían de los deseos frustrados de las personas; los hindús al igual que sus pares egipcios consideraban al corazón como el centro de todas las percepciones del ser humano. Para los chinos, los dolores y enfermedades tenían su origen en el desbalance del chi. Esta energía circulaba por el cuerpo a través de una serie de meridianos o canales que estaban con los órganos internos. La acupuntura fue una de las herramientas que usaban para regresar el equilibrio de esta energía en el cuerpo.

Con el auge de la cultura griega en todas sus áreas, una de ellas, respecto a la medicina, fue la pionera en el estudio de los órganos del sentido del cuerpo humano. Fueron así los primeros en descartar el corazón como centro de toda la percepción humana y cedieron este lugar al cerebro. El primero en sugerir esto fue Alcmeon de Crotona, discípulo de Pitágoras, pero no fue aceptado en ese primer momento; así diversos estudiosos griegos dieron su propia opinión sobre ésta, tanto Hipócrates, Platón y Aristóteles, expresaron diversas formas de cómo es que funcionaba la percepción en los humanos.

Tiempo después, un médico griego de nombre Galeno, médico de Marco Aurelio y su hijo, fue quien desempolvó todas estas ideas y propuestas dadas por sus pares griegos y egipcios. Dentro de su variada investigación, llevó a cabo muchos experimentos sobre la fisiología sensorial, dándole importancia a los nervios centrales y periféricos; al realizar varios experimentos con cerdos bebés, desarrolló una teoría compleja donde daba a conocer tres clases de nervios, los denominados “blandos”, que tenían funciones sensoriales, los “duros”, que están vinculados con la motricidad de la persona y los encargados de sentir el dolor. Al mismo tiempo, Galeno daba como centro de la sensibilidad al cerebro. Si bien el trabajo de Galeno fue clarificador en muchos sentidos, no fue apoyado, ya que la filosofía Aristotélica fue dominante durante la Edad Media.

Se necesitaron más de 20 siglos para comprender, de mejor manera, el dolor para el humano. Uno de los principales responsables de esto fue Leonardo DaVinci, quien consideró a los nervios como estructuras tubulares y que el dolor estaba relacionado al tacto. Además, expresó que la médula espinal era la encargada de recolectar toda la información hacia el cerebro. Aquí, se llega a un punto de inflexión en la comprensión de la fisiología humana como tal.

2.2.2 Características del dolor. A través de los años, de las diversas investigaciones clínicas con personas que padecen dolor crónico y de los resultados arrojados por éstas, se ha podido delimitar características generales de esta población, características que fueron recogidas por Infante, P. (2002) y algunas se describen a continuación:

El sexo y la edad son variables concretas en esta población. Respecto al sexo, se sabe que la cantidad de mujeres que presentan esta dificultad es mayor, llegando a una proporción de 4 a 1 respecto a los hombres (Bassols, et. al., 1999 y Réthelyi, Berghammer y Kopp, 2001; citado por Infante, 2002). Las mujeres también presentan altos niveles de dolor, más zonas de dolor y mayor incapacidad física que los hombres (Keefe, et. al., 2000; Keogh, Hatton y Ellery, 2000 y Riley y Gilbert, 2001, citado por Infante, 2002); a su vez, se ha encontrado que las mujeres suelen dar más información sobre síntomas de índole emocional, además de tener más prevalencia de somatización y

depresión más altos (Hyppa, et. al., 1988 y Elorza, Casas y Casais,1997, citado por Infante Vargas, 2002), a diferencia de los hombres. Los hombres sufren de menos cefaleas y dolores musculo esqueléticos que las mujeres (APA, 1995, citado por Infante, 2002).

Respecto a la edad, ésta se considera un factor significativo en la etiología de la problemática, se asume que a mayor edad es más probable que aumenten los niveles de dolor (Prieto, 1999 y Riley y Gilbert, 2001, citado por Infante, 2002), por ejemplo, en Estados Unidos los pacientes con dolor crónico oscilan entre los 30 y 50 años, en Europa entre 30 y 60 años y en España específicamente, entre 40 y 60 (Ferrer, 1992 y Bassols, et. al., 1999, citado por Infante, 2002). La mayor edad también implica que ante estos dolores constantes, la persona se ve más incapacitada, lo que les genera el sentimiento de incapacidad para controlar sus vidas y por consecuencia, aumentan los síntomas de depresión en los mismos. A pesar de los aspectos negativos, algunas investigaciones indican que debido a la edad, el afrontamiento de la problemática se puede tomar como algo normal debido al deterioro natural que expresa el humano con el paso de los años.

La ocupación de las personas es también una característica importante en los pacientes de dolor crónico, existe una relación directa entre personas que desempeñaban fuertes actividades físicas desde muy jóvenes; también aquellas personas relacionadas al levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajos repetitivos, entre otros. En algunos estudios se ha encontrado una marcada relación entre trabajos duros físicamente, como en la industria y la agricultura, y los niveles de quejas por dolores constantes, en especial los dolores lumbares y musculares (Robaina, León y Sevilla, 2000 y Hagberg, et. al., 1993, citado por Infante, 2002).

Respecto al nivel educativo, la población se caracteriza por ser de baja cualificación profesional (Bassols, et. al., 1999 y Réthelyi, Berghammer y Kopp, 2001, citado por Infante, 2002). El nivel educativo se vuelve relevante ya que está relacionada a la forma en que la persona afrontará la problemática y qué tan eficaces son las estrategias utilizadas por el mismo. En base al éxito de estas estrategias se desarrollará una mayor o menor adaptación a la enfermedad, pero aún es una variable que necesita

más investigación para comprender a ciencia cierta cómo influye en el desarrollo de la problemática.

El nivel económico no ha demostrado tener una relación específica con la presencia o no del dolor crónico, a pesar de eso, sí presenta relación con el tipo de dolor que percibe la persona, así las personas con menos ingresos suelen sufrir más dolores en sus articulaciones y en personas de mayor ingreso, suelen sufrir más dolores musculares (Sternbach, 1986, citado por Infante, 2002).

Los antecedentes familiares con enfermedades de dolor se ha investigado en diversas poblaciones, sin ser concluyentes, existen datos que respaldan que la existencia de familiares con padecimiento de dolor en la familia, es bastante frecuente entre los pacientes del mismo (Katon, et. al. 1985, Ottman, Hong y Lipton, 1993, citado por Infante, 2002); se cree además que existe un relación entre los modelos de aprendizaje para el afrontamiento del dolor que han sido aprendidos en la familia por parte de los pacientes (Ferrer, González y Soler 1997, citado por Infante , 2002). Respecto a los antecedentes psicopatológicos familiares, se ha encontrado con frecuencia la presencia de trastornos depresivos y adictos al alcohol en parientes de primer grado de las personas que sufren de este tipo de dolores (Dohrenwend, et. al., 1999 y APA, 1994, citado por Infante, 2002).

Respecto al medio familiar, los pacientes suelen venir de ambientes desestructurados, con problemáticas económicas, socioculturales, entre otras; en ocasiones estos dolores han llegado a generar problemas de pareja, dificultades en el ámbito sexual y dificultades con el mantenimiento de la casa (limpieza, compras, etc.), estos antecedentes familiares pueden tener importancia para valorar de forma adecuada el diagnóstico y la orientación terapéutica con los mismos (Infante, 2002).

Así numerosos trabajos e investigaciones, han llevado a buscar relaciones entre características de las personas, sus entornos, entre otras variables. A pesar de esto, siguen existiendo muchos vacíos y por ende no se termina de comprender por completo el rol que juegan todas en las múltiples y variables reacciones que expresan las personas que padecen de dolores crónicos.

2.3 Fisiología del dolor

Para entender cómo funciona el dolor, es importante conocer el funcionamiento básico de diversos nervios que están implicados en la transmisión del dolor.

2.3.1 Los nociceptores, la transducción y transmisión de estímulos dolorosos.

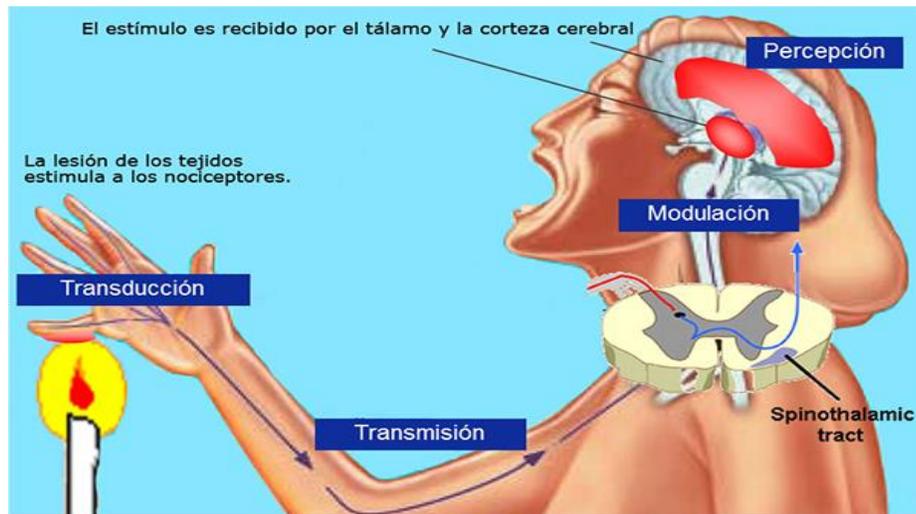
Patel (2010) define a los nociceptores como: “terminales nerviosas no especializadas, libres, amielínicas que convierten (transforman) una variedad de estímulos en impulsos nerviosos, que el cerebro interpreta para producir la sensación de dolor.”

Existen dos grandes categorías de receptores cutáneos asociados al dolor: los nociceptores de fibra A-delta, que conducen el impulso nervioso a una rápida velocidad, y los nociceptores de fibra C, que conducen el impulso a una velocidad lenta. Las fibras A-delta son las encargadas de producir un dolor agudo, definido, bien localizado que se puede asociar con la lesión misma. Las fibras C son las que producen un dolor más sordo, retrasado, sin una localización definida, persistente y que evoluciona después de la lesión. (Jerome, 2006).

Para un mayor entendimiento del proceso se describe a continuación, de manera concreta, el recorrido que hace el impulso nervioso hasta el cerebro. Cuando se hace una lesión en una parte del cuerpo se hace la transducción del estímulo doloroso, es decir, las fibras A-delta y C se activan gracias a las sustancias químicas que produce el cuerpo, como es la serotonina. Las fibras aferentes llevan el estímulo nervioso hasta la médula espinal (transmisión), donde pasan por el asta dorsal y hacen sinapsis con otra fibra nerviosa (modulación) que llevará la nueva información por la vía espinotalámica hasta el tálamo, que es la estructura cerebral por donde pasan todas las fibras nerviosas sensoriales, es el centro de recogida y elaboración de toda la información sensorial (percepción) y es paso obligado de todos los nervios sensoriales antes de llegar a las zonas corticales somatosensoriales, que son las representaciones de cada una de las partes del cuerpo (Fig. 1). Si la lesión fue en la mano, la información llega a la zona cortical somatosensorial que representa a esa mano. Al llegar el estímulo a esa zona, se

produce la reacción que podría ser, quitar la mano del fuego, sobarse, apretarse, etc. Este es el mecanismo que siguen las fibras A-delta (Hasudungan, 2013).

Fig. 1. Ilustración que explica el recorrido que hace el estímulo doloroso hasta el cerebro donde se percibe como una experiencia dolorosa.



El Dr. Campbell explica que el mecanismo de las fibras C, es muy similar al de las fibras A-delta, pero su variación se da cuando en su recorrido por la vía espinotalámica, las ramas de la fibra C, en lugar de ir directo al tálamo, se seccionan yendo hasta la formación reticular, que es el área que mantiene al cuerpo activo. Cuando los estímulos dolorosos llegan a esa área, la activan y hacen que la persona permanezca alerta. Es por eso que muchas de las personas con dolor crónico expresan no poder dormir. Las ramas de la fibra C, también pueden dirigirse al sistema límbico que se encarga de las respuestas emocionales. Cuando los impulsos de la fibra C llegan a esta área, causa una reacción emocional hacia el dolor. El dolor ocasiona molestias, causa ansiedad o depresión (2013).

2.3.2 Modulación de la percepción del dolor. Es sabido que la reacción al dolor es una experiencia subjetiva. Una persona podrá sentir un dolor terrible si es picado por un insecto, mientras que otra siente una pequeña irritación. Para la Segunda Guerra

Mundial, un anestesiólogo, Beecher, realizó los primeros estudios de esta diferencia en la respuesta del dolor y notaron que los soldados que eran heridos por bala, en muchas ocasiones, sentían poco dolor o nada en absoluto. Esto generó la hipótesis de que hay un mecanismo en el cuerpo que modula la percepción del dolor.

Patel (2010) explica que los tres mecanismos más importantes son: la inhibición segmentaria, el sistema opiáceo endógeno y el sistema nervioso inhibitorio descendente, los cuales se describen brevemente a continuación:

Inhibición segmentaria. Es explicada por la teoría de la compuerta de Melzack y Wall. Ésta plantea que la transmisión de la información dolorosa a través de la sinapsis entre una fibra A-delta y/o una fibra C, y las células que se encuentran en el asta dorsal de la médula espinal puede ser disminuida o bloqueada, impidiendo el paso de la información hasta el cerebro, haciendo que la percepción del dolor del estímulo sea disminuida o no sentida en lo absoluto.

Sistema opiáceo endógeno. En el año 4000 a.C., se descubrió que el opio y sus derivados, como son la morfina, heroína o codeína son analgésicos muy potentes, que en la actualidad siguen utilizándose para el alivio del dolor. En las décadas de los 60's y 70's, se encontraron en las células nerviosas de la médula espinal los receptores para los derivados del opio. Este descubrimiento implicó que los productos químicos pueden ser producidos naturalmente por el sistema a nervioso gracias a los receptores encontrados. Las encefalinas, endorfinas y dinorfinas han sido ligadas a los receptores opiáceos y se conocen como el sistema opiáceo endógeno.

Sistema nervioso inhibitorio. La actividad nerviosa en los nervios descendentes (vías motoras) de ciertas áreas del tronco cerebral puede controlar la ascensión de información nociceptiva. La serotonina y norepinefrina son los principales transmisores de esta vía, por lo tanto pueden ser modulados farmacológicamente. Los inhibidores de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden tener propiedades analgésicas.

2.4 Teorías que explican el dolor

2.4.1 Teoría de la especificidad del dolor. Esta teoría tiene sus bases en los estudios realizados por René Descartes, quien consideraba al cerebro, y no al corazón u

otros órganos, como el encargado de percibir y reconocer la sensación de dolor (Jerome, 2006).

La teoría cartesiana seguía empleando la idea de que el cuerpo se movía por la ayuda de “espíritus animales”, que eran pequeñas organismos que se producían y almacenaban en el cerebro y que se trasportaban a través de nervios, los cuales se asimilaban a tuberías, que solo contenían delgados filamentos que se conectaban al cerebro. A manera de analogía, Descartes compara al cuerpo y sus reacciones ante estímulos, como un campanero, que tira de la cuerda de la campana para que en la parte superior suene (Morris, 1993).

Con esto presente, y retomando la imagen de una persona arrodillada cerca del fuego (Fig. 2), la cual está publicada en su libro *Tratado del Hombre*, Descartes planteaba que la respuesta corporal al dolor se daba cuando las partículas de fuego perturbaban los filamentos del nervio, esta perturbación viajaba por los filamentos del nervio hasta el cerebro, donde activaba a los espíritus animales. Éstos a su vez, viajaban por los nervios hacia los músculos para poder producir el movimiento que permita apartar el pie del fuego.

Fig. 2. Ilustración presente en la obra *Tratado del Hombre* de René Descartes, que explica cómo se experimenta el dolor.



Con lo propuesto por Descartes, a finales del siglo XIX Max Von Frey desarrolló su teoría acerca del dolor. La hipótesis planteada fue que debajo de cada uno de los

puntos sensoriales de la piel, había una terminal nerviosa que respondía a un estímulo específico. Estas terminales nerviosas se conectaban con fibras especializadas que llevaban la información al cerebro, donde éste se encargaba de interpretar de manera correcta la sensación experimentada. Von Frey afirmó que las terminaciones nerviosas libres eran las encargadas del dolor, los corpúsculos de Krauser al frío, los de Ruffini al calor y los de Meissner al tacto. Actualmente se sabe que esto no es correcto, ya que todos los terminales cutáneos organizados miden sensaciones táctiles. (Serra, 2006).

Como la teoría mencionaba la existencia de receptores específicos para el dolor, se puede hacer una correlación entre magnitud de la lesión y dolor, es decir, que entre más tejido dañado, la experiencia de dolor es mayor. Jerome (2006) menciona que la teoría de la especificidad sostiene que el dolor es resultado de la excesiva estimulación de los sensores del tacto y que cualquier estímulo sensorial es capaz de producir dolor si éste alcanza suficiente intensidad.

2.4.2 Teoría del patrón del dolor. Alfred Goldscheider, propuso esta teoría luego de concluir que la intensidad con la que se presenta el estímulo nocivo y la “sumación” de los impulsos en el nivel central eran los que determinaban fundamentalmente el dolor (Moreno, 2005).

Goldscheider llegó a esa conclusión por los hallazgos encontrados en sus propias investigaciones. Él observó que la presión aplicada a ciertos lugares de la piel, con la cabeza de un alfiler, inicialmente ocasionaba la sensación de presión, pero después de un período corto de tiempo, generaba dolor. Esto no podía explicarse por la estimulación de diferentes receptores nerviosos, que era la hipótesis que se tenía con la teoría de la especificidad (Moreno, 2005).

Dentro de la teoría del patrón del dolor, se menciona otra similar, pero en su forma más simple, formulada por George Weddell & D.C. Sinclair denominada teoría del patrón periférico, que sugiere que todas las terminaciones nerviosas eran similares y que la experiencia del dolor se produce por una estimulación intensa de los nervios de la periferia que producen un patrón de impulsos nerviosos, los cuales son interpretados centralmente como dolor (Pellicer y Olea, 2003).

2.4.3 Teoría de la sumatoria central. W.K. Livingston fue el creador de esta teoría, la cual surge a partir de los estudios de casos de dolor en miembros fantasma, con el que propone mecanismos específicos del sistema nervioso como responsables del fenómeno de sumación en este síndrome (Moreno, 2005).

Esta teoría afirma que la experiencia del dolor es producida por la actividad de los circuitos reverberantes en la medula espinal, que son resultado de un daño inicial o trauma secundario provocado por la amputación, los cuales envían señales al cerebro y son interpretados como dolor (Pellicer y Olea, 2003). Esto quiere decir, que los impulsos nerviosos mantenidos se encuentran en un círculo vicioso auto perpetuado, lo cual transmite información distorsionada al cerebro, que se traducirá en patrones anormales de comportamiento como en reflejos anormales (García, 1991).

2.4.4 Cuarta teoría sobre el dolor. Hardy, Wolff y Goodell fueron los promotores de esta teoría, introduciendo un concepto de dualidad, en la que se propone que el dolor puede dividirse en dos componentes: la percepción del dolor y la reacción psicológica del dolor. Establecen una relación entre la intensidad del estímulo doloroso y la experiencia dolorosa resultante. No obstante, el papel que se le asigna a la reacción psicológica del dolor es secundario (Jerome, 2006).

Bonica y Loeser (sf) explican que la percepción del dolor es un fenómeno neurofisiológico que posee propiedades estructurales y de funcionamiento. Esta percepción se realiza por medio de mecanismos de recepción y conducción de nervios, que son prácticamente, mecanismos sencillos y primitivos, como puede ser también la percepción de temperatura y tacto. En su lugar, la reacción al dolor es un proceso psicofisiológico que abarca las funciones intelectuales de la persona y eso es influido por la experiencia personal acumulada, por la cultura y por diversos factores psicológicos que hacen variar de persona en persona el umbral de reacción al dolor.

2.4.5 Teoría de la interacción sensorial. Noordenbos planteó esta teoría, retomando los planteamientos de otros autores que mencionaban la existencia de dos sistemas transmisores de dolor y de otros datos sensoriales (Bonica y Loeser, sf).

Según Jerome (2006) estos sistemas estaban divididos en:

- Un sistema lento que comprende las fibras mielínicas finas
- Un sistema rápido integrado de fibras mielínicas gruesas.

El sistema de conducción rápido es el encargado de inhibir la transmisión de las señales dolorosas que llegan del otro sistema de conducción lenta. Noordenbos propuso que las fibras finas llegan hasta las neuronas de la médula espinal y la sumatoria de los impulsos procedentes de estas fibras crean patrones nerviosos que son transmitidos hacia el cerebro y producen la experiencia de dolor. Mientras que las fibras gruesas inhiben la transmisión que las fibras finas impidiendo que se dé la sumatoria (Bonica y Loeser, sf).

2.4.6 Teoría psicológica y conductual del dolor. El enfoque psicológico del dolor se basa en el comportamiento humano y considera al paciente como el producto de la interacción de su personalidad y sus valores, con lo cual genera una respuesta individual. Explica que el dolor es un concepto abstracto y más que una sensación, lo define como una experiencia emocional desagradable.

La teoría reconoce que hay múltiples factores que influyen en la percepción y expresión del dolor. Están los factores propios del individuo, como son la personalidad, las experiencias previas, motivaciones y valores, y los factores exógenos, externos de la persona, en los que se mencionan el medio ambiente, el contexto cultural, social y educativo y sus condiciones materiales de vida. La teoría pone un énfasis en que lo importante no es la idea que se tiene sobre el dolor que sufre el paciente, sino en cómo lo percibe (Sánchez, 2003).

2.4.7 Teoría del control por compuerta. Melzack (psicólogo) y Wall (fisiólogo) fueron los creadores de esta nueva teoría, que en la actualidad es la que tiene mayor peso al momento de explicar cómo el dolor se produce en las personas. Introdujeron el concepto de “compuerta” que se entiende como un mecanismo de control para el dolor,

el cual deja de ser una experiencia meramente sensorial para incluir componentes sensoriales, afectivos y evaluativos (Torres y Compañ, 2011).

La teoría está centrada en la presencia de una compuerta que se encuentra en el asta dorsal de la médula. Esta compuerta es por donde pasa el estímulo doloroso y se ve influenciado por la activación de fibras de grueso calibre, fibras A-beta, (conducen estímulos propioceptivos como presión, vibración o tacto profundo) que inhiben la transmisión del estímulo, es decir, cierra la compuerta, y por fibras delgadas, fibras C, (conducen los estímulos dolorosos, térmicos y táctiles superficiales) que facilitan la transmisión del impulso, lo que la hace la encargada de conducir los estímulos abriendo la compuerta (Acevedo, 2012).

El mecanismo de compuerta se da de manera ascendente y descendente. Como lo explica el Dr. John Campbell, de manera ascendente sucede cuando, por ejemplo, se recibe un golpe en el brazo, este es el estímulo que las fibras delgadas reciben y que llevarán la información al cerebro para traducirla en dolor; pero seguido del golpe, lo automático que la persona realiza es sobarse, lo que activa las fibras gruesas. Al ejercer presión, se manda un estímulo a la médula para cerrar la compuerta y evitar que las fibras delgadas transmitan la información al cerebro (2013).

De manera descendente se produce cuando el estímulo doloroso llega al cerebro, donde se procesan las señales de acuerdo al humor, las experiencias personales, el ambiente y el contexto en el que se encuentra la persona. Luego, estas señales son enviadas por la médula espinal determinando el tipo y la cantidad de dolor que siente o puede no sentir (Melzack, 2013).

La contribución más notable de esta teoría es que le da un papel activo al cerebro, pues éste se encarga de filtrar, seleccionar y modular los estímulos. Igualmente, esta nueva concepción del cerebro hizo que los aspectos psicológicos dejaran de ser solo reacciones al dolor y pasaran a ser componentes fundamentales en la percepción y procesamiento del dolor (Torres y Compañ, 2011).

La teoría del control por compuerta es la que se retomará en la presente investigación, ya que en ésta es que está basado el programa de tratamiento para el dolor crónico, creado por Clare Philips.

2.5 Tipología del dolor

Como numerosos estudios han demostrado, el dolor es una experiencia sumamente compleja para el humano, se han buscado muchas explicaciones para el mismo y buena parte de la industria medica trabaja día a día para minimizar sus efectos en miles de personas que padecen dolores crónicos por razones diversas. Lo anterior ha llevado al desarrollo de clasificaciones y tipologías del dolor, varias de las cuales se explicarán en los siguientes apartados, retomando revisiones de diversos autores. (Ganong, 2000; Dagnino, 1994; Torrecillas, sf, cit por Sánchez, 2003).

2.5.1 Según su origen.

Espiritual. Este dolor hace referencia a la sensación que experimenta la persona ante situaciones como las injusticias, la pérdida de un familiar cercano, la soledad, entre otras. Este tipo de dolor es bastante difícil de explicar debido a que tiene un carácter sumamente subjetivo, ya que está muy arraigado a las características propias en cada persona. Una frase que puede ayudar a explicar esto es cuando alguien menciona que tiene carencia o falta de “espíritu”. Puede mostrarse como intranquilidad, desesperanza, también en la postura, el lenguaje corporal, son características que indican la presencia de este malestar.

Físico. En esta categoría se encuentran todos aquellos dolores que tienen su origen en lesiones, quemaduras, inflamaciones, etc. Los dolores físicos se clasifican en dolores nociceptivos y dolores neuropáticos.

El dolor nociceptivo, tiene como origen la estimulación del sistema nervioso, al generarse en éste diferentes niveles de irritación que pueden significar un padecimiento mayor o menor del mismo. Esto es beneficioso ya que es una reacción normal del cuerpo ante situaciones específicas. Este dolor tiene al mismo tiempo una clasificación interna: a) somático, un dolor bastante específico y delimitado en cierta parte del cuerpo y b) visceral, aquellos dolores que no tienen una localización específica, puede estar acompañado de nauseas, vómitos, hipotensión, entre otros.

El otro tipo de dolor, denominado neuropático, está relacionado al funcionamiento anormal de las fibras nerviosas debido a la afección directa de las mismas. Estos dolores están muy relacionados a las amputaciones o a las enfermedades crónicas, como la diabetes o enfermedades que afecten el metabolismo. Este dolor suele ser de larga duración y en la mayoría de ocasiones convertirse en algo incapacitante para quien lo padezca.

Psicológico. Es un dolor real, aunque aparentemente no exista una razón verdadera para padecerlo y en la mayoría de los casos tiene como origen el pensamiento de carácter exagerado de la persona que ayudaría a la amplificación de un pequeño malestar.

2.5.2 Según su duración.

Dolor agudo. Este tipo de dolor está referido a aquel malestar que proviene de una experiencia desagradable, de carácter compleja donde se ven combinados, tanto elementos relacionados a las ideas y experiencias de las personas, como a reacciones sensoriales ante el daño tisular. En este tipo de dolor se puede apreciar una relación específica entre el evento desencadenante y la disminución del malestar mismo (Sánchez, 2003).

Dolor crónico. El dolor crónico es uno de los más grandes padecimientos a nivel mundial y al mismo tiempo uno de los padecimientos más invisibilizados hasta hace unos cuantos años.

Primero, es necesario definir el dolor crónico como tal. Podemos encontrar variedad de definiciones, actualmente la más difundida es la de la Organización Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) la cual dice que es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Esta definición deja en claro que el dolor es una experiencia y por lo tanto está compuesta de varios mecanismos y niveles de la persona. En este caso, hace especial énfasis en los aspectos físicos y psicológicos de las mismas. Además de la inclusión de los elementos físicos y emocionales que

conlleva el dolor, otras definiciones abordan también el factor tiempo y delimitan como dolor crónico, aquellos malestares que abarcan más de 6 meses (Sánchez, 2003).

Este tipo de dolor tiene como etiología, diversas y variadas patologías, aunque generalmente surge como una lesión aguda que evoluciona a un dolor crónico. Entre las patologías encontramos trauma, cirugía, diferentes enfermedades crónicas como osteoartritis, lumbalgia, dolor miofacial, fibromialgia, cefaleas, dolor abdominal crónico (pancreatitis, colon irritable), miembro fantasma, neuralgias, entre varias otras más; incluso puede existir dolor crónico sin ningún padecimiento específico.

Los dolores crónicos suelen ser continuos, recurrentes, intermitentes, y a pesar de que sean dolores leves, debido a su constancia, pueden ser sumamente incapacitantes e incómodos, ya que requieren un tratamiento diario y constante. Inclusive pueden llegar a ser causa de incapacidad para la persona que lo padezca. Ya se ha repetido mucho de la importancia del elemento psicológico en los padecimientos, este tipo de dolor puede llegar a generar dificultades de carácter psicológico, relacionado a la generación de sentimientos de impotencia, desesperación, etc.

Por esto mismo, este dolor es el que más trabajo genera a nivel multidisciplinario ya que no basta con un medicamento para paliar sus efectos. El trabajo aborda desde el área médica, pasando por características psicológicas a través de diversos programas de intervención que pueden estar basados en las diversas escuelas existentes. Además se trabaja a nivel social, generalmente con las familias que se vuelven parte del círculo que implica el dolor crónico.

El dolor crónico puede ser catalogado en dos tipos, el primero denominado dolor crónico benigno, que no está asociado a una enfermedad progresiva terminal, y el dolor crónico maligno, que está asociado a las enfermedades terminales progresivas.

2.5.3 Según su intensidad. En esta clasificación se divide al dolor en base a la fuerza o grado con el que la persona lo vivencia. Generalmente se usan escalas basadas en numeración para demostrarlo (Huskisson y Scott, 1976), entre otras. Es importante recordar que en esta clasificación se debe tomar en cuenta que los umbrales de dolor varían de persona a persona, estos se definen a continuación:

Leve. Es un malestar que involucra generalmente la sensación de la piel, a través de sus diversos receptores. Pueden ser generados por quemaduras, raspones, golpes, etc. Dentro de la escala basada en numeración, el dolor leve puntúa entre 0 y 3.

Moderado. El dolor moderado, como lo sugiere su nombre, es un nivel intermedio donde la afectación ya no es solamente a nivel de la piel, sino que implica el daño en partes más profundas, como la epidermis y tejido subcutáneo. Aquí se encuentran laceraciones, heridas cortantes, etc. En la escala numérica puntúa entre 4 y 6.

Severo. Este malestar implica una afectación mucho más profunda y grave, ya que existe daño a huesos, articulaciones, músculos, luxaciones, fracturas, y más. En la escala numérica el dolor se puntúa entre 7 y 10.

2.5.4 Según la American Psychiatric Association (APA). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – IV – TR (APA, 2001), se considera el dolor agudo dentro de una de sus categorías diagnósticas, específicamente dentro de los trastornos somatomorfos.

La característica esencial de este trastorno es el dolor, que se convierte en el principal síntoma y este debe ser suficientemente fuerte como para necesitar atención médica, este malestar debe además provocar dificultades a la persona, afectándole a nivel social, laboral u otras áreas de importancia para la persona. Valora además que los factores psicológicos inciden en el aumento y constancia del dolor; indica el perfil que estos dolores no deben ser simulados ni producidos intencionalmente, además si se está asociado a un trastorno de carácter psicótico no se toman en cuenta dentro de esta clasificación.

Dentro del trastorno se especifican 3 subtipos, los cuales varían según las características médicas o psicológicas de su etiología.

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: en este subtipo se le otorga gran importancia la forma en que este problema inicio, la gravedad del mismo y su persistencia, los trastornos de carácter físico tienen escasa o nula participación en el génesis del dolor y en su persistencia.

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: a diferencia del anterior en ese tipo de trastorno las condiciones psicológicas y enfermedades médicas, tienen gran importancia en el génesis del dolor.
- Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: este subtipo no se considera un trastorno mental ya que el dolor tiene su razón de ser en una enfermedad médica y los factores psicológicos tienen un papel nulo o escaso tanto en el inicio como en la persistencia del dolor.

2.5.5 Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, CIE – 10. Dentro de esta clasificación en el apartado de Trastornos Somatomorfos, se incluyó el denominado Trastorno de dolor persistente somatomorfo, este trastorno hace referencia a un dolor grave, constante y que genera angustia en la persona afectada. Así mismo este malestar no puede ser explicado completamente por un proceso de carácter fisiológico, ni por un trastorno físico, que se muestra asociado a conflictos emocionales y problemas psicosociales suficientes que permitan concluir que son parte fundamental de la causa del mismo.

El manual expresa que dentro de la categoría debe excluirse aquellos dolores que tengan presuntamente origen psicógeno relacionado a un trastorno depresivo profundo o trastornos esquizofrénicos.

2.5.6 Otras tipologías. En este apartado se retomarán algunas teorías que si bien dan explicación al dolor, no son tan relevantes o de uso generalizado, pero que dan aportes valiosos a la comprensión de este complejo tema.

Según su localización. Esta tipología se divide en dolor localizado, que está relacionado a las lesiones agudas o crónicas, generalmente causadas por la limitación del movimiento o inflamación, entre otros indicadores. Esto permite que sea fácilmente reconocible, de ahí su nombre. También propone el dolor difuso o propagado, que se percibe en estructuras sanas pero que se ven afectadas por otras estructuras; estos se dividen en irradiado y dolor referido.

Según su velocidad de conducción. Como se ha explicado con anterioridad, dentro de los diversos experimentos y el desarrollo de las teorías de los diversos estudiosos de la medicina, se identificaron modalidades de los nervios sensoriales e incluso se denominaron en algún momento, nervios rápidos y lentos. Esta tipología retoma esos y se divide en a) Dolor rápido: o primer dolor, que se caracteriza por ser aguda y localizada. Está relacionado a las fibras pequeñas o de conducción rápida; b) Dolor lento: o segundo dolor, es una sensación que sigue al dolor rápido, generalmente este dolor es más desagradable, difuso y está relacionado a las fibras gruesas de conducción lenta.

2.6 Tratamiento psicológico del dolor

2.6.1 El papel del psicólogo en el abordaje del dolor crónico. Generalmente se habla acerca de la salud como un tema que les compete a todos, pero hasta la fecha, los padecimientos solo se remiten al ámbito médico, por ser los especialistas en tratar las afectaciones que son perceptibles para el profesional.

Pero debido a que las intervenciones médicas solo se encargan de calmar de forma temporal la afectación física y no de brindar a los pacientes una mejor calidad de vida, se ha estudiado el hecho de implementar una intervención sanitaria biopsicosocial. Dicho abordaje necesita la participación multidisciplinaria de diferentes profesionales de la salud que permita al paciente experimentar una recuperación efectiva.

Sin embargo, el actuar multidisciplinar no se encuentra solo como una idea, ya que tuvo sus inicios en el abordaje del dolor crónico, por considerarse uno de los padecimientos relevantes que ha venido incrementándose con el pasar del tiempo.

Dicho abordaje permite contemplar el dolor crónico como un padecimiento subjetivo en el que intervienen diferentes factores y características del individuo (motivacional, psicológicas, cognitivas, entre otras) que le hacen transformar la experiencia del padecimiento.

Según Franco (2001, cit por Balsa y Rodríguez, 2012) partiendo del proceso complejo y subjetivo que conlleva el dolor crónico, se requiere del apoyo del profesional

de la psicología para saber identificar en qué medida la cognición, emoción y la conducta del paciente, están afectando la recuperación y en consecuencia su bienestar.

De tal forma el psicólogo al querer intervenir sobre el dolor crónico, deberá considerar la casuística particular de los pacientes, ya que partiendo de esta valoración se podrá definir si el abordaje irá en función de la erradicación del dolor o de reducción de la sintomatología asociada, a fin de conseguir una adaptación/aceptación de su padecimiento.

Considerando estos aspectos, la intervención del psicólogo en el tratamiento del dolor crónico, es bien recibida por la medicina por ofrecer un tratamiento terapéutico que maximiza la adhesión al tratamiento médico, creando cambios en el estilo de vida y las actitudes del paciente, que a la vez aportan beneficios en diversos ámbitos.

La intervención psicológica debe incluir en primera instancia, los factores individuales que están interviniendo en la percepción del dolor, tales como (Franco, 2001 cit por Balsa y Rodríguez, 2012):

- Factor Motivacional: apoyo social, en referencia de cómo el paciente atiende su padecimiento.
- Factor Emocional: tomando en cuenta qué emociones se asocian al padecimiento del dolor crónico.
- Factor Cognitivo: el significado que el paciente otorga al dolor, grado de autocontrol que posee ante el mismo, ideas irracionales, locus de control, expectativas de autoeficacia, etc.
- Factor Conductual: incapacitantes que no le permiten llevar una vida normal.

Cabe mencionar que el profesional de la psicología al tratar el dolor crónico, cumple un importante papel, por intervenir en la educación del paciente en relación a su padecimiento, induciendo al cambio de comportamientos por medio de enseñanza de nuevas formas de afrontar el dolor, cambio de actitud, orientación dirigida a familiares para convertirse en una red de apoyo, cambio en sus creencias y expectativas hacia su condición. Según Cowell (2000, cit por Carbonell, 2012) los tratamientos que influyen en los componentes sensoriales, emocionales y afectivos, pueden interrumpir el ciclo del dolor crónico.

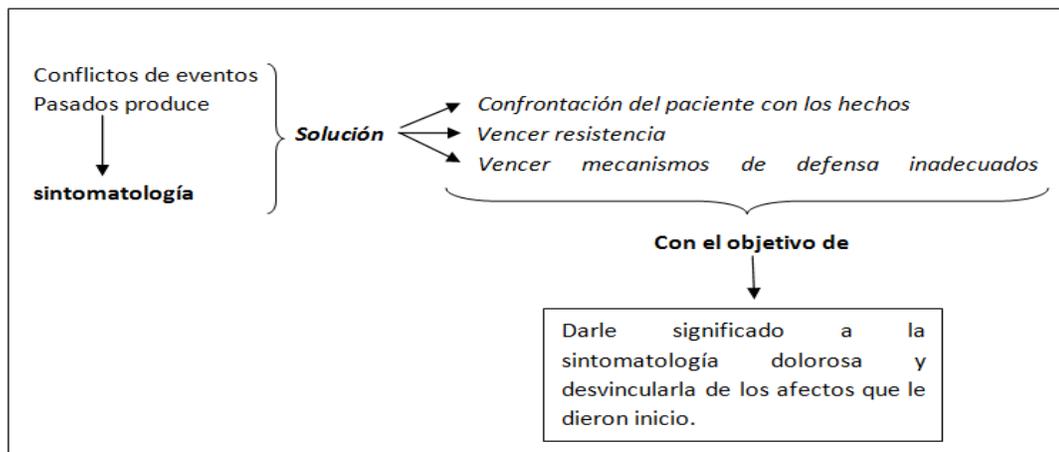
2.6.2 Principales modelos psicológicos en el tratamiento del dolor crónico.

Aproximación psicodinámica. Este modelo se presenta como uno de los pioneros en ofrecer un enfoque integrador en la comprensión del proceso de salud-enfermedad, tomando en cuenta los factores psicológicos y sociales como parte de la génesis del dolor.

En sus inicios, Freud argumentaba que los problemas del dolor estaban asociados a conflictos inconscientes (Pérez & González, 2008). Sin embargo la idea se fue reformulando hasta considerar el dolor como una causa de conflictos no resueltos, con defectos en el yo, en la experiencia y la expresión de emociones. De igual manera se fue asociando a las variables de personalidad y estados emocionales de quienes lo padecían.

Para una mayor comprensión de la perspectiva psicoanalítica y los objetivos que persigue, se puede observar el esquema 1.

Esquema 1. Resume el objetivo que persigue el enfoque psicoanalítico



Aproximación conductual. En este enfoque el dolor es definido a través de la presencia de conductas de dolor, es decir, por los signos verbales y no verbales que muestra el paciente (quejarse, tomar medicamentos, adoptar posturas rígidas, etc.) y que van a ser independientes del reporte subjetivo (Fordyce, 1985 cit por Pérez & González, 2008).

Este enfoque explica que la cronicidad del dolor radica en el reforzamiento positivo de estas conductas por parte de su ambiente, como ejemplo: la atención que

presentan los familiares al padecimiento, obtención de diagnósticos médicos que etiquetan su enfermedad, incapacitación, entre otros. Dejando de lado el reforzamiento de las conductas adaptativas.

En este caso, el objetivo del tratamiento es revertir esta situación, reforzando las conductas adaptativas del paciente y no reforzando las conductas desadaptativas o de enfermedad. Para llevar a cabo el proceso, se recurre al condicionamiento operante para mejorar la funcionalidad del sujeto y reducir su incapacidad. Esto se conoce, a través de la demostración de consecuencias positivas que obtiene el paciente con la conducta de dolor (Hofstadt & Quiles, 2001).

Aproximaciones cognitiva. En el tiempo en que se fueron desarrollando las teorías conductistas, se le comenzó a brindar importancia a la cognición de los individuos, otorgando énfasis a los significados que el sujeto crea de las situaciones o experiencias que vivencia.

Con este enfoque, se busca que el paciente logre cambiar su percepción hacia el problema, que en este caso es el dolor crónico que padece, para adoptar conductas adaptativas y funcionales. Por lo tanto, se trabaja de manera conjunta con el enfoque conductual, para modificar factores afectivos y cognitivos relacionados con la experiencia del dolor.

De manera conjunta, el enfoque cognitivo conductual expone una perspectiva contextual para que la persona recupere el control de su vida (Vallejo, 2008).

Aproximación biopsicosocial. Esta aproximación bio-psico-social, enfatiza la importancia de la interacción de múltiples factores en la experiencia del dolor.

En esta línea, las investigaciones sobre el dolor crónico consideran la participación tanto de variables cognitivas como emocionales en la percepción del dolor, en especial si el dolor se prolonga a lo largo del tiempo y alcanza el estatus de crónico. También, se admite que las características de personalidad son importantes a la hora de determinar la habilidad del paciente para adaptarse a su situación crónica.

Se sabe que de los trastornos emocionales, la depresión y la ansiedad, se presentan con bastante frecuencia entre los pacientes con dolor crónico. Se considera que la cronicidad y el dolor facilitan la aparición de estos síntomas y que al mismo tiempo, los

estados emocionales influyen de manera negativa sobre el nivel del dolor, en el grado de incapacidad de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad (Álvarez & Páres, 2002, cit por Pérez & González, 2008).

Así, dicho modelo toma en cuenta componentes sensoriales, afectivos, y cognitivos, abordados por el profesional de la psicología, los cuales no son perceptibles al ámbito médico. Por otra parte, el objetivo que se persigue con este enfoque, es la intervención completa, para garantizar una recuperación efectiva donde se consiga mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Modelo integrador. Este enfoque es una derivación del modelo anterior, con la diferencia de que presta una especial importancia a las interrelaciones del paciente con los otros sistemas de los que forma parte (pareja, familia, trabajo, sistema social) en el curso del dolor (Pérez & González, 2008).

Álvarez (1990, cit por Pérez & González, 2008) al referirse a la relación existente entre dolor crónico y estructura familiar, sostiene que la familia puede comportarse esencialmente de dos formas con respecto al dolor: como agente causal o como agente perpetuador.

Se considera que la postura que defiende este enfoque demuestra el importante rol que el elemento social tiene en el proceso salud/enfermedad. El lograr descubrir con exactitud cómo influye en cada caso particular, permitirá trabajar de manera más individualizada y efectiva con el paciente.

2.6.3 Terapias e intervenciones psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. Tomando en cuenta la individualidad de los pacientes de dolor crónico, el tratamiento no puede limitarse a seguir un enfoque determinado, por lo que es importante contar con técnicas de diferentes modelos para alcanzar una intervención integral, que respete la diversidad de los usuarios.

Psicoeducación. Según Gil (2010) la psicoeducación consiste en facilitar información al paciente acerca de sus síntomas, de la enfermedad, tratamientos etc.

Al diagnosticar una enfermedad, a un paciente suelen aparecerle muchas dudas y preocupaciones al respecto, por lo que resulta fundamental ofrecerle una información

clara y precisa sobre los síntomas que pueden aparecer, las posibles alternativas de tratamiento con las que cuenta, los cambios que pueden suceder durante la manifestación de los síntomas etc. Que el paciente disponga de esta información, le ayuda a tener sensación de control sobre lo que le está aconteciendo o se le ayuda a tener una idea sobre lo que le espera que suceda, de manera que disminuye la incertidumbre y el malestar. Lo cual facilita el cumplimiento del tratamiento (Gil, 2010).

Relajación. Esta técnica es fundamental para disminuir los niveles de tensión o ansiedad que pueden estar provocando el dolor crónico en el paciente, por lo que debe ser aplicado de manera constante.

El supuesto básico es que la tensión muscular juega un papel destacado en algunos síndromes dolorosos, desarrollándose un círculo vicioso de tensión-dolor-tensión.

Según Navarro (2006), las técnicas en la práctica de relajación son dirigidas para ayudar a los pacientes a ejercer control sobre el dolor relacionado con respuestas fisiológicas. La práctica de los ejercicios de relajación también asiste a los pacientes en el logro de un sentido de dominio o auto control sobre su dolor, proporcionando una breve pausa de estrés diario y habilitando a los pacientes a manejar las situaciones estresantes diarias. La terapia puede apoyarse de tres tipos de técnicas de relajación:

- Relajación muscular progresiva, la cual es una relajación y tensión alternada de grupos de músculos por todo el cuerpo
- Práctica autógena, la cual es el uso de auto afirmación de sentimientos de calidez y letargo para lograr un estado de relajación profunda
- Ejercicios de meditación o relajación pasiva, los cuales usan palabras repetidas en silencio o sonidos para promover calma mental y relajación (Van-Hook et al. 1998 cit por Navarro, 2006).

Terapia de aceptación y compromiso. Es una de las terapias que integra al enfoque conductista y busca el equilibrio entre: a) la atención y los procesos de aceptación con b) el compromiso y los procesos de cambio de comportamiento al servicio de una mayor flexibilidad psicológica y la participación en las actividades que importan, es decir, valores. (Maero, 2013).

Está basada en la aceptación del sufrimiento que le provoca su enfermedad, dejando de lado toda conducta o actitud de evitación y así lograr que la persona adquiera un compromiso con los objetivos y valores vitales. (Wilson & Luciano, 2002 cit por Maero, 2013).

Se ha comprobado que los pacientes que aceptan más su dolor son los que puntúan más bajo en intensidad de dolor, presentan menos emociones negativas y disfrutan de una mayor calidad de vida (McCraken y Velleman, 2010 cit por Maero, 2013).

Manejo de emociones. Los afectos suele ser una de las áreas vulnerables ante un padecimiento físico por lo que en la terapia se busca identificar las emociones desagradables y entender su relación con el dolor, ofreciendo alternativas para sobrellevar dichos estados emocionales.

Reestructuración cognitiva. La parte práctica consiste en la identificación y registro de los pensamientos que provocan emociones negativas. Los pacientes deben realizar un ejercicio donde analicen la situación y los pensamientos que tuvieron la última vez que sintieron alguna emoción negativa (ansiedad, ira, etc.)

Mediante el uso de autorregistros se les explica y educa a los pacientes sobre las distorsiones que se utilizan generalmente para interpretar la realidad. Reconocida la irracionalidad de las ideas se trabaja la reestructuración a través de debates cognitivos y racionales que permite ir modificando los pensamientos del individuo.

Autoeficacia. Dicha terapia tiene como propósito trabajar los valores vitales, mediante la reflexión. Para que estas reflexiones se trasladen a nivel práctico, se anima a los pacientes a que establezcan objetivos concretos para sus vidas.

Al mismo tiempo esta intervención busca actuar sobre el ambiente, como reforzante de adaptación del paciente, en el que requiere de:

- Apoyo médico
- Interrupción de medicación
- Incremento de actividad física
- Implicación de los miembros de la familia, como red de apoyo (Hofstadt & Quiles, 2001).

Proyección a futuro. Debido a que es usual que mientras los pacientes acuden a las sesiones terapéuticas se sientan mejor, pero una vez finalizadas en algún momento aparezcan contratiempos, se les habla sobre cuáles son las señales de aviso de las recaídas, qué pasos dar en el caso de que se detecten (Moix & Casado, 2011).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de investigación

Causales bivariadas.

Hi: El programa de tratamiento psicológico del dolor crónico incide en la experiencia del dolor vivenciada por las personas que se encuentran en rehabilitación por padecimientos físicos.

Hi: El programa de tratamiento psicológico del dolor crónico es adaptable a las características de la población salvadoreña que padece dolor crónico.

3.2 Variables

- Variable independiente: aspectos psicológicos
- Variable dependiente: experiencia del dolor crónico benigno.

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Aspectos psicológicos.	Elementos subjetivos que inciden en las personas, como son los estados emocionales (depresión y/o ansiedad), aspectos cognoscitivos (creencias, expectativas, actitudes, percepción de control, estrategias de afrontamiento) y la conducta (Pérez y González. 2008).	Mediante registros escritos se conocerán los aspectos de: <ul style="list-style-type: none"> • Estados emocionales • Cognición (percepción del dolor) • Conducta (actividad física)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Experiencia del dolor crónico benigno.	Una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial. (González, sf)	Mediante una escala estandarizada y autorregistros que miden el dolor y las características de éste. <ul style="list-style-type: none"> • McGill Pain Questionnaire • Diario del dolor • Autorregistro de ejercicios • Registro de quejas

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

La presente investigación, se rige bajo el enfoque mixto. *Cuantitativo* porque se necesitaba tener una medida antes y después del tratamiento, datos proporcionados por la escala y los autorregistros, los cuales eran cuantificables. Es *cualitativo*, por permitir crear una concepción teórica, basada en las particularidades de las personas que formaron parte de la investigación. El diseño específico usado en el transcurso de la investigación es la denominada *teoría fundamentada constructivista*, ya que permitió al grupo investigador enfocarse en los significados que se obtienen directamente de la interacción con los participantes de la investigación (Henderson, 2009 cit por Hernández, Fernández y Baptista, 2010) en base a la experiencia que éstos han tenido durante la realización del taller.

Los beneficios que presenta este modelo, para la investigación particular, se basan en las consideraciones de Charmaz (2009, cit por Cuesta, 2011), presentadas a continuación:

- a) Considera las generalizaciones como parciales, condicionadas y situadas en un tiempo, espacio, posiciones e interacciones
- b) Busca crear una teoría creíble, original, con repercusión para la realidad en que se trabaja y por ende de utilidad social.
- c) Toma en cuenta los aspectos subjetivos que se han obtenido durante la recolección de datos y da un valor crucial a los mismos en el análisis de los datos.
- d) Busca y (re)presenta los puntos de vista y voces de los participantes como esencial al análisis, esto le da la credibilidad y utilidad necesaria para que realmente incida en la realidad que se investiga.

4.2 Población y muestra

La población con la cual se trabajó, se caracterizaba por asistir al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), específicamente en la división del Centro

del Aparato Locomotor (CAL), quienes consultaban y llevaban control médico por su padecimiento de dolor crónico, siendo una muestra no probabilística *homogénea* de participantes voluntarios, de sexo indiferente, entre las edades de 18 a 61 años siendo un total de 7, que cumplieran con los criterios establecidos a continuación por Philips (1991):

Criterios incluyentes. Philips (1991), plantea que se puede utilizar un conjunto de criterios positivos, dando preferencia a aquellos individuos con:

- Dolor crónico (más de seis meses de duración) e incapacitante.
- De sexo indiferente, tanto mujeres como hombres pueden acceder al desarrollo del mismo.
- De edades entre 18 y 61 años.
- Que exista afectación en la realización de ciertas actividades comunes y un malestar emocional relacionado al estas limitaciones.

Criterios excluyentes. A continuación se expone una descripción de la clase de factores que pueden sugerir que un individuo sería inapropiado para el programa:

- Pacientes para quienes puede desarrollarse un tratamiento médico alternativo eficaz, o que no han sido correctamente evaluados.
- Personas con menos intervenciones quirúrgicas, debido a que será más probable que los individuos obtengan cambios significativos en su problema de dolor.
- Pacientes cuyo dolor sea debido a cáncer o afectaciones crónicas malignas, debido a las especiales necesidades de este grupo.
- No se incluye tampoco pacientes que estén sufriendo una psicosis activa o presenten cualquier otra condición que interfiere con la participación activa e inteligente del programa.
- Pacientes con problemas de drogadicción primaria (no debida al dolor).

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En base al enfoque mixto seleccionado se pretende hacer una recolección de datos sostenible que abarque aspectos cuantitativos para producir datos generalizables a través de los criterios estándares que presentan por naturalidad algunos de los instrumentos, como el McGill Pain Questionnaire, el diario del dolor, las hojas de registro de ejercicio y el registro de quejas. De igual manera, conocer los aspectos subjetivos permite complementar la información recabada, así se decide hacer uso de técnicas cualitativas, en este caso, la entrevista, que evidencien las vivencias de los y las participantes durante el desarrollo del programa.

4.3.1 Técnicas.

Entrevista. Está dirigida a recolectar información relativa a todas aquellas personas que formen parte del proceso de intervención.

4.3.2 Instrumentos.

McGill Pain Questionnaire – MPQ (Apéndice 1). Este cuestionario fue desarrollado por Ronald Melzack en el año 1975, posteriormente adaptado al español por Lahuerta y cols. (1982) y la versión utilizada por Madrid-Arias (1980).

Es un cuestionario que consta de 78 adjetivos diferentes que describen las diversas características que puede poseer el dolor, conformados en 20 grupos que constituyen cuatro categorías que son, localización, calidad, cambios temporales e intensidad del dolor. El cuestionario consta de 4 dimensiones concretas:

- Sensorial (subgrupo del 1 al 10): que describe el dolor como una experiencia temporal, espacial, de presión, térmica, del brillo y la matidez.
- Afectiva (subgrupo del 11 al 15): que describe el dolor en términos de tensión, manifestación neurovegetativa, de temor y castigos.
- Evaluativa: evaluado por el subgrupo 16, describe al dolor en base a la valoración global de la experiencia del dolor.
- Miscelánea (subgrupo del 17 al 20): que presenta adjetivos que fueron utilizados en ocasiones por pacientes como característicos para el dolor.

Diario del dolor (Apéndice 3). Los diarios de dolor permiten al participante monitorizar diariamente los niveles de dolor en una escala de 0 a 5 puntos. Los diarios de dolor se puntúan de la siguiente manera:

- Media del dolor despierto (intensidad): la suma de las intensidades registradas, divididas por el número de horas en que se está despierto. Se puede hallar la media de cada día y acumularla para dar la media semanal de nivel de dolor.
- Media diaria de la duración del dolor a lo largo de una semana, se puede obtener contando el número de horas de cada día, sumándolas y dividiéndolas por siete.
- Frecuencia, a lo largo del período de tiempo que vaya a analizarse; se obtiene contando el número de días en los que ocurren episodios de dolor, o bien, el número de episodios por semana.
- Se puede calcular el número medio de medicación (recetada o no recetada) utilizada y estimar la media en el tiempo evaluado (por ejemplo, dos semanas). Deben quedar claras las veces que se ha utilizado medicación y su dependencia de los niveles de dolor.

Hojas de registro de ejercicio (Apéndice 4). La hoja de registro ayuda a mejorar el cumplimiento, al tiempo que permite al terapeuta un método rápido para controlar el ejercicio semanal del participante, como un progreso del tratamiento.

Registro de quejas (Apéndice 6). Este registro ayuda a identificar que tanta atención se le pone al dolor. Diariamente se debe de marcar la cantidad de veces que se presentan quejas por el dolor o si ha habido alguna discusión del tema, como por ejemplo, la incapacidad que les genera o los medicamentos que han utilizado.

4.4 Procedimiento

La presente investigación fue realizada en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. Fue necesario presentar una carta y anteproyecto al director del Centro del Aparato Locomotor, quien autorizó la entrada a la institución y permitió acceso a los expedientes de los pacientes. Se hizo una revisión de expedientes de pacientes activos y fueron seleccionados los que cumplían con los criterios incluyentes.

Al ponerse en contacto con ellos y preguntarles si querían participar del programa, se les citó para la primera sesión.

La primera sesión fue introductoria, explicar el objetivo del programa y aplicar la prueba pre tratamiento. Las sesiones siguientes, de la 2 a la 8, fueron para desarrollar las temáticas como el rol del ejercicio, la relajación, las emociones, la depresión, entre otras. Las sesiones tenían lugar una vez por semana, con una duración hora y media aproximadamente. En cada sesión, se hacía una revisión de tareas, las cuales eran dejadas en la sesión anterior. Se despejaban dudas acerca de las tareas y se preguntaban sobre avances y retrocesos. Luego, se procedía a la psicoeducación, explicar en términos simples y concretos la temática de la sesión. A los participantes se les brindaba un resumen de la información para que pudiera ser revisada con más detenimiento en casa. Después, se llevaba a cabo la estrategia de la sesión, respiración, relajación, ejercicios, entre otros, con el fin de hacerles una demostración práctica para que ellos supieran realizarlos adecuadamente en casa. Para finalizar la sesión, se les explicaba las tareas para casa y se les daban los autorregistros, si la sesión lo ameritaba. La sesión final, adicional a lo que se realizaba generalmente en las sesiones, se le pidió a los participantes hicieran una evaluación del programa, lo que les gustó y lo que se podía mejorar. Finalmente, se aplicó la misma escala de la primera sesión, esta vez para recoger información post tratamiento.

Para el análisis de la información recabada en el transcurso del programa, se hizo uso del método cuantitativo para poder obtener los datos estadísticos sociodemográficos de la población con la que se trabajó, así como datos puntuales de la escala del dolor y de los autorregistros de dolor, quejas y ejercicio. El método cualitativo se utilizó para el análisis de las categorías psicológicas, donde se tomaron en cuenta los comentarios hechos por las participantes durante el programa. Así mismo, fue de utilidad para poder realizar el análisis del programa, ya que se retomaron las experiencias vividas y los alcances y limitantes del mismo.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la investigación en base a la información recogida mediante escalas estandarizadas, autorregistros y testimonios de los participantes, así como de las observaciones realizadas por los facilitadores, las cuales se sistematizan por medio de cuadros estadísticos.

El análisis está dividido, una primera parte en datos sociodemográficos, la segunda parte, en las unidades de la variable independiente (aspectos psicológicos) las cuales fueron evaluadas en los participantes al inicio, durante y al finalizar el tratamiento. Finalmente, la tercera parte corresponde al análisis del tratamiento en sí, los aspectos positivos y aquellos que deberían mejorarse. La tabla 2 presenta una caracterización demográfica de la muestra seleccionada que dará paso a un análisis detallado más adelante.

Tabla 2. Resumen de la muestra participante.

Nombre	Sexo	Edad	Ocupación	Diagnóstico	Tiempo de padecer dolor
A.F.C	Femenino	61	Servicio de catering	Dolor en cadera	6 meses
S.F.V	Femenino	34	Servicio de catering	Dolor en columna	2 años
T.J.O	Femenino	58	Ama de casa	Dolor en columna	16 años
C.R	Femenino	48	Ama de casa	Hernias discales	4 años
M.A.	Femenino	60	Ama de casa	Lumbalgia	28 años
L.A	Masculino	41	Soldador	Lumbalgia	17 años
E.M.F	Femenino	57	Ama de casa	Dolor en columna	10 años

Se observa en la tabla 3, que corresponde a distribución por sexo, que de un total de 7 participantes, 6 fueron mujeres, equivalente a un 86% de la muestra, y un hombre. Estos datos concuerdan con los datos recogidos por Infante, P. (2002), que menciona que la cantidad de mujeres que presentan esta dificultad es mayor, llegando a una proporción de 4 a 1 respecto a los hombres.

Tabla 3. Distribución de la muestra por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	6	86%
Masculino	1	14%
Total	7	100%

En la tabla 4, Distribución de la muestra por grupos etarios, se observa que no hay un grupo de edades con mayor prevalencia a presentar dolor crónico. Así como en Europa, cuya población con dolor crónico oscila entre los 30 y 60 años (Ferrer, 1992 y Bassols, et. al., 1999, citado por Infante, 2002), la población salvadoreña se encuentra en rango similar.

Tabla 4. Distribución de la muestra por grupos etarios

Edad	Frecuencia	Frecuencia
30 – 39	1	14.29%
40 – 49	2	28.57%
50 – 59	2	28.57%
60 en adelante	2	28.57%
Total	7	100%

La tabla 5, distribución de la muestra por ocupación, se observa que más de la mitad de los participantes son amas de casa. Un 42.86% corresponde a participantes que actualmente están laborando. Infante (2002) menciona que las personas que presentan dolor crónico son aquellas que cuyos actividades están relacionadas al levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajos repetitivos. Este es el caso específico de las dos personas que trabajan en servicio de catering.

Tabla 5. Distribución de la muestra por ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Soldador	1	14.29%
Ama de casa	4	57.14%
Servicio de catering	2	28.57%
Total	7	100%

Los diagnósticos de la muestra seleccionada se resumen en la tabla 6. Se observó que los dolores más frecuentes son los dolores de columna y la lumbalgia con un 42.86% y 28.57% respectivamente. Sánchez (2003), expresa que entre los padecimientos más comunes en dolor crónico, están las lumbalgias.

Tabla 6. Distribución de la muestra según diagnóstico.

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Lumbalgia	2	28.57%
Dolor de columna	3	42.86%
Dolor de cadera	1	14.29%
Hernias discales	1	14.29%
Total	7	100%

En los resultados presentados por Moiola y Merayo (2005), la media del padecimiento del dolor era de 20 años, mientras que nuestros resultados, presentados en la tabla 7, arrojan una media de 11 años. Aunque esta media no es representativa, ya que hay sujetos con más de 15 años, que compensan a los que tienen menos de 5 años.

Tabla 7. Distribución de la muestra por duración de su dolor

Participante	Duración del dolor
A.F.C	6 meses
S.F.V	2 años
T.J.O	16 años
C.R	4 años
M.A.	28 años
L.A	17 años
E.M.F	10 años
Duración media del dolor	11 años

5.1 Análisis por categorías psicológicas

El programa de tratamiento psicológico para el dolor crónico benigno inició con 7 participantes, los cuales fueron retirándose en el transcurso del mismo, por diversas razones. Al finalizar el tratamiento se contaba con tres participantes. No obstante, los resultados de estas personas sirven como una radiografía del impacto que puede generar

el tratamiento psicológico en las personas que sufren de dolor crónico. A continuación se hace un análisis al inicio del tratamiento, durante y al finalizar éste, para poder tener una noción de la evolución de los participantes.

5.1.1 Estado emocional. En la categoría de estado emocional, al iniciar el tratamiento, los participantes no se describían como personas deprimidas, sin embargo, dos señoras sí mencionaban que al inicio de su padecimiento se sentían bastante deprimidas, pues estaban limitadas de movimiento y no podían realizar ninguna actividad. En general, las personas se describieron como resignadas a tener que vivir con ese dolor para siempre. Adjetivo que los pacientes de Moioli y Merayo (2005) también expresaron para describir su situación. Con base a las observaciones de los facilitadores, se veía a los participantes con una actitud positiva; al hablar de su dolor si bien, no lo hacían con felicidad, tampoco sumamente angustiados, era más como una aceptación del dolor.

En las sesiones 2, 4 y 6 del programa de tratamiento, entre las herramientas psicológicas que fueron brindadas estaban la respiración diafragmática, la relajación progresiva y la meditación. Los participantes expresaban que dichas técnicas les resultaban muy útiles para bajar sus niveles de tensión y para disminuir la intensidad del dolor presentado. Al llegar a las sesiones, los participantes se notaban animados, eran muy participativos en las sesiones y compartían lo sucedido en la semana y cómo ponían en prácticas las tareas dejadas en casa. Igualmente, después de las sesiones de relajación expresaban sentirse más libres, sin esa aprehensión que describían les generaba el dolor. En general, el estado anímico de las personas seguía siendo positivo.

Las emociones y cómo éstas eran expresadas en cada participante era una parte importante de la experiencia del dolor que ellos vivenciaban. Como se mencionó previamente, al iniciar el programa no se tuvo ningún reporte de personas con algún desorden relacionado a su estado de ánimo, siempre era importante educar a los participantes en cómo las emociones y sentimientos incidían en la presencia o aumento en la intensidad del dolor. Al finalizar el programa, las participantes hicieron énfasis en cómo mejoró su autoconocimiento y cómo aprendieron a manejar y controlar mejor sus

emociones. Conocimientos que fueron llevados a la práctica cuando dos de las participantes (madre e hija) sufrieron la pérdida de un ser querido y comentaban que fueron días difíciles, en los cuales sentían un dolor más fuerte, pero que al utilizar las técnicas que más les funcionaban, en este caso la relajación, lograban encontrarse más serenas. También, en las últimas tres semanas del tratamiento, las participantes debían llenar un autorregistro de quejas respecto al dolor. Éstos arrojaron como resultado (tabla 8) que, en promedio general, las participantes presentaban 6 quejas diarias. La cantidad de quejas era fluctuante y se intensificó en los días que las participantes tuvieron la pérdida familiar. Cuando el tratamiento fue finalizado, las participantes dijeron sentirse bastante bien y que el período que estuvieron en tratamiento les había resultado bastante útil.

Tabla 8. Compilado de registro de quejas.

Fecha	A.F.C	S.F.V	E.M.F
25/01/16	3	13	----
26/01/16	3	11	----
27/01/16	6	9	----
28/01/16	3	4	----
29/01/16	5	16	----
30/01/16	4	4	----
31/01/16	5	16	----
01/02/16	3	4	----
02/02/16	3	10	----
03/02/16	1	9	----
04/02/16	2	13	----
05/02/16	1	6	----
06/02/16	1	10	----
07/02/16	2	4	----
08/02/16	2	----	----
09/02/16	3	----	----
10/02/16	2	----	----
11/02/16	2	----	----
12/02/16	3	----	----
13/02/16	2	----	----
14/02/16	1	----	----
Promedio de quejas diarias	3	9	----
Promedio general de quejas	6		----

5.1.2 Cognición. En la variable cognición, la cual se entiende como la percepción del dolor, inicialmente los participantes describieron su dolor, según el McGill Pain Questionnaire (tabla 9), en la categoría sensorial (que describe el dolor como una experiencia temporal, espacial, de presión, térmica, del brillo y la matidez) como continuo, periódico y repetitivo, bien delimitado, como un clavo, como agarrotado, como si desgarrara, como si quemara pero también frío. En la categoría afectiva (que describe el dolor en términos de tensión, manifestación neurovegetativa, de temor y castigos) como angustiante y que amarga la vida, como algo terrible, como una pesadez, como un hormigueo y picor. En la categoría evaluativa (que describe al dolor en base a la valoración global de la experiencia del dolor) expresan que es un dolor soportable. En la categoría miscelánea (que presenta adjetivos que fueron utilizados en ocasiones por pacientes como característicos para el dolor) mencionan que lo sienten como espasmos y calambres, concentrado y agudo.

Durante el tratamiento, en las sesiones 3 y 4, los participantes debían llevar un diario del dolor, en el que debían de anotar, cada hora si era posible, el dolor presentado. Así, transcurridas tres semanas de llevar el diario, se observó que la intensidad de dolor en las participantes era constante (tabla 10), presentando un promedio de 1.30 en la escala del 0 al 5, lo que los ubica en un rango de dolor leve, el cual les permitía seguir realizando sus actividades. Esto seguía en concordancia con lo expresado al inicio del tratamiento donde mencionaban que su dolor era soportable.

El aspecto central y por el que se orienta todo el proyecto está dirigido al dolor como experiencia, y por ende era necesario saber cómo la intervención grupal había logrado incidir en la condición de los participantes. Al finalizar el tratamiento y ser aplicada la prueba post (tabla 9), los resultados que arrojaron no muestran mayor cambio con respecto a la prueba pre. Es importante mencionar que ninguno de las participantes reportó un incremento en sus episodios de dolor o en la intensidad del mismo. Las tres participantes finales concluyeron que si bien la intensidad del dolor no disminuyó, sí aprendieron a manejarlo mejor y cuando éste se presentaba, utilizaban las herramientas psicológicas que se les brindaron. A pesar de que los indicadores de la prueba no son concluyentes o no muestran mayor cambio, son los participantes los que nos dieron un

resultado valioso en base a sus experiencias y no en algo tan cuantificable y centrado en lo fisiológico del dolor como es la escala aplicada. Resultados que pueden asemejarse a los presentados por Bakaikoa, Borrell, Fernández y Semis (2008) en su investigación.

Tabla 9. Resultados pre y post tratamiento del McGill Pain Questionnaire

Ítem	Pre	Post	Ítem	Pre	Post
Temporal I:			Sensibilidad Táctil:		
A golpes	1	1	Como si rozara	1	1
Continuo	6	2	Como hormigueo	3	2
Temporal II:			Como si arañara		
Periódico	3	1	Como si raspara	1	
Repetitivo	2	1	Como escozor	1	
Insistente	2	1	Como un picor	2	
Interminable	1		Consistencia:		
Localización I:			Pesadez	5	3
Impreciso			Miscelánea Sensorial I:		
Bien delimitado	4	3	Como hinchado	1	
Extenso	3		Como un peso	3	2
Localización II:			Como un gas	2	1
Repartido	3	3	Como espasmos	4	1
Propagado	3		Miscelánea Sensorial II:		
Punción:			Como latidos	1	1
Como un pinchazo	2	1	Concentrado	4	1
Como agujas	2		Como si pasara corriente		
Como un clavo	3		Calambres	3	2
Punzante	1	2	Miscelánea Sensorial III:		
Perforante	2		Seco		
Incisión:			Como martillazos	2	
Como si cortase	2		Agudo	4	2
Como una cuchilla	2	1	Como si fuera a explotar	1	1
Constricción:			Tensión emocional:		
Como pellizco	1		Fastidioso	2	
Como si apretara	1		Preocupante	1	
Como agarrotado	5	2	Angustiante	3	1
Opresivo	2	1	Exasperante	2	1
Como si exprimiera	2		Que amarga la vida	3	1
Tracción:			Signos Vegetativos:		
Tirantez	2		Nauseante	2	2
Como un tirón	2		Miedo:		
Como si estirara	1		Que asusta	2	1
Como si arrancara	1		Temible	3	1
Como si desgarrara	4	3	Aterrorador	2	1
Térmico I:			Categoría Valorativa:		
Calor	2	1	Débil	1	1
Como si quemara	3	2	Soportable	6	
Abrasador			Intenso	3	1
Como hierro candente			Terriblemente molesto	1	1
Térmico II:					
Frialdad	2				
Helado		3			

Tabla 10. Compilado de registro diario del dolor

Participante	A.F.C	E.M.F	S.F.V
Fechas	Promedio diario de intensidad del dolor		
23/12/15	2.35	---	---
24/12/15	0.65	---	---
25/12/15	0.18	---	---
26/12/15	0	---	---
27/12/15	3	---	---
28/12/15	0.64	1.38	---
29/12/15	0.87	1.38	---
30/12/15	2.85	1.56	---
31/12/15	0	---	---
01/01/16	0	---	1.20
02/01/16	0.23	1.31	1.40
03/01/16	0.87	1.47	1.30
04/01/16	2.94	1.31	---
05/01/16	0	1.38	1.4
06/01/16	0.63	1.38	1.20
07/01/16	1.88	1.63	1.10
08/01/16	1.58	1.48	---
09/01/16	2.55	1.56	1.10
10/01/16	0	---	1.10
11/01/16	1.20	---	1.10
12/01/16	1.40	---	---
13/01/16	---	---	1.10
14/01/16	---	---	1.10
15/01/16	---	---	1.20
16/01/16	---	---	1.20
17/01/16	---	---	1.30
18/01/16	---	---	1.20
19/01/16	---	---	1.30
20/01/16	---	---	1.40
21/01/16	---	---	1.10
22/01/16	---	---	1.50
23/01/16	---	---	1.10
Promedio intensidad	1.13	1.44	1.20
Promedio general de intensidad	1.30		

5.1.3 Conducta. En el apartado conducta, donde se retoman la actividad e inactividad física y las medidas alternativas para el manejo del dolor, en la etapa inicial, los participantes mencionaban que no realizaban en casa ninguna actividad física, entiéndase esto como ejercicios (caminar, correr, aeróbicos, etc.). Cinco de las

participantes asistían a fisioterapias y terapias térmicas en el ISRI dos veces por semana. Dos de esas participantes, mencionaban que también utilizaban camas térmicas, adicionales a las recibidas en la institución. Mencionaban que sí habían sentido una reducción en la intensidad del dolor, pero era mínimo. Todos los participantes decían presentar dolor constante, en ocasiones muy fuerte, pero no podían incapacitarse porque las situaciones laborales y/o familiares no se los permitían. Las señoras que eran amas de casa, mencionaban que los doctores les recomendaban no hacer oficios domésticos para no agravar el dolor pero ellas comentaban que no podían dejar sucia su casa o que no había nadie más que lo hiciera, así que despacio, pero lo hacían. Dos de las participantes trabajaban en un servicio de catering y expresaban que tenían que llevar bandejas pesadas de comida y no podían detenerse solo porque el dolor se presentara. Los participantes mencionaban que no están medicados permanentemente para contrarrestar el dolor. Expresaban que en ocasiones, solo cuando el dolor es insoportable, utilizan diclofenaco, ibuprofeno o acetaminofén, pero que la mejoría del dolor es mínimo.

En las semanas posteriores al inicio del tratamiento, los participantes expresaban que estaban aumentando su cuota de ejercicios diarios, lo cual se mostraba en el autorregistro de ejercicio. Comentaban que al no haber realizado mayor actividad física en años anteriores, sentían su cuerpo como “tullido”. Los participantes que llevaban a la par la terapia física dentro de la institución expresaban que iban por la mitad de su tratamiento o que estaban a dos o tres sesiones de finalizarlo. Decían que sentían mayor movilidad en el área afectada por el dolor pero que éste no disminuía.

A pesar de las consideraciones particulares que posee la población con la que se trabajó en la aplicación del programa, uno de los principales objetivos del mismo consistía en insertar la actividad física como parte de una rutina diaria, necesaria para mejorar el tono físico y restablecer sus actividades cotidianas, además de mejorar el estado anímico entre otros aspectos de su persona. Entre las participantes que finalizaron el programa se generó una cuota media de ejercicio diario de 19 minutos (tabla 11), estos datos se alejan de la media esperada por Phillips, que era de 25 minutos diarios, pero que están relacionados a sucesos personales que vivenciaron las participantes y que limitaron el tiempo que tenían para desarrollar dicha rutina; cabe destacar que a pesar de

la situación no dejaron de realizarlos lo cual habla de la motivación intrínseca de dichas participantes. Moiola y Merayo (2005) expresaban que las familias inciden en la disminución de la actividad al considerar que es ésta la causante del dolor en sus familiares. En el caso de la población que fue atendida nunca mencionaron que el ejercicio intensificara su dolor o que en casa limitaran sus actividades, incluso, se apreciaba que realizaban más actividad de la necesaria, ya que mencionaban que por falta de agua en sus hogares, debían cargar con baldes de agua desde su casa hasta la pipa de agua, un aproximado de 100 metros, unas dos o tres veces.

Tabla 11. Compilado de autorregistro de ejercicio general

Semana	A.F.C	E.M.F	S.F.V
Promedio minutos semanales			
1	23.57	0	21.40
2	19.25	0	22.20
3	18.00	0	29.50
4	18.25	0	30.20
5	8.14	0	31.00
6	9.00	0	29.40
7	9.57	0	20.40
8	7.57	0	11.40
9	11.42	0	27.00
10	7.14	0	28.40
11	7.00	0	0
Promedio minutos	13.03	0	25.00
Promedio general de minutos semanales	19.01		

5.2 Análisis del programa de tratamiento psicológico para el dolor crónico benigno

El programa para el tratamiento psicológico del dolor crónico benigno, creado e implementado para la población canadiense por la doctora Clare Philips, ha tenido éxitos en lo correspondiente al manejo del dolor, algunos de los participantes afirmaron percibir una baja de en los episodios de dolor, algunos incluso, expresaron haberlos eliminado casi en su totalidad después de llevar a cabo el tratamiento. A lo largo de los

años, países como España, han retomado y adaptado dicho programa, comprobando resultados efectivos tras la ejecución.

En la actualidad, El Salvador no cuenta con programas alternativos de origen psicológico destinados al trabajo con dolor crónico, que complementen los tratamientos médicos y fisioterapéuticos; como se expuso con anterioridad, la importancia del sistema de salud recae en aspectos fisiológicos dejando de lado los aspectos psicológicos.

Debido a las casi inexistentes investigaciones en relación al tema y la ausencia de un perfil psicológico de la población salvadoreña que padece dolor crónico, saber en primera instancia si el programa tendría efectos positivos resultaba difícil. Pero, a partir de la aplicación del programa se pudo determinar que el tratamiento psicológico sí incide en la experiencia del dolor de las personas que viven con dolor crónico benigno, ya que ellas mencionaron experimentar un mayor control de su dolor, aprendieron a disminuir la intensidad mediante las técnicas cognitivas conductuales enseñadas, que a su vez permitieron identificar aspectos psicológicos que inciden en la presencia del dolor.

Sin embargo, para comprender los alcances y limitantes del programa, es importante mencionar que las características de la población salvadoreña que participaron del programa, difieren, en ciertos aspectos, de las características de la población canadiense (ver tabla 12).

Tabla 12. Comparación de características de la población canadiense y salvadoreña

Características población canadiense	Características población salvadoreña
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo medio – alto. • Dependencia a diversos fármacos. • Reducción dramática de actividades físicas. • Promedio de padecimiento de dolor crónico: 11 años. • Dificultades en vida social, sexual y emocional. • Patologías diversas (cefaleas, dolores de espalda, de articulaciones, etc.) • Cuadros depresivos intermitentes a moderados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo bajo – básico. • Escaso consumo de medicamentos. • Escaso nivel de incapacidad física. • Promedio de padecimiento de dolor crónico: 11 años • Predominancia de diagnósticos relacionados a lumbalgias. • Problemas en control emocional y escaso autoconocimiento.

A continuación se describen aspectos relevantes en la ejecución del programa de tratamiento para el dolor crónico benigno con población salvadoreña:

- En general, el nivel educativo de los participantes era bajo, solamente dos personas tenían estudios hasta bachillerato, el resto solo había cursado educación básica. Situación que posiblemente generó dificultades en la realización de las tareas para casa porque éstas eran explicadas en la sesión. Al revisarlas en la siguiente sesión era notorio que no se había logrado una comprensión de ellas, pues no eran realizadas acertadamente o no contenían la información que se les pedía. Estas dificultades se observaron mayormente en la hoja de metas, la hoja de ejercicios específicos y el registro de quejas verbales.
- La teoría y los antecedentes acerca del dolor crónico benigno explican que la mayoría de las personas que lo padecen están incapacitadas para realizar sus actividades cotidianas o el rango de movimiento es limitado. En este caso particular, ninguno de los participantes estaba incapacitado para realizar sus trabajos u oficios domésticos; como ellos mismos expresaban, no podían darse el lujo de detener su vida diaria solo porque el dolor se presentara. En las sesiones que trataban la temática de la actividad física, más que persuadirlos a iniciarla, era dar a conocer los beneficios de ésta para incentivar la práctica constante.
- El programa de reducción gradual de medicamentos se tenía planeado desarrollarlo en la sesión 4. Esta estrategia no se llevó a cabo, ya que ninguno de los participantes utilizaba, de manera diaria, medicamentos. Este aspecto está relacionado también con la institución, ya que como política interna no conciben al medicamento como un medio para la rehabilitación del paciente.
- Entre las técnicas que resultaban de mayor utilidad, en palabras de los participantes, se mencionaban la relajación y visualización, ya que expresaban sentirse más liberados y tranquilos después de realizarlas en las sesiones. Aunque es importante mencionar que el local que se utilizó para realizar las sesiones era el adecuado, la ubicación de éste generaba cierta molestia porque los ruidos de los alrededores presentaba una fuente de distracción cuando se hacían las relajaciones.

Tabla 13. Resumen de resultados obtenidos en la ejecución del programa

Pacientes CAL – ISRI (El Salvador)	Pacientes hospital general (Canadá)
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una rutina diaria de ejercicios. • Obtención de estrategias de afrontamiento ante episodios de dolor. • Creación de un estilo de vida más acorde a su padecimiento. • Desarrollo de autocontrol emocional. • Desarrollo de habilidades en técnicas de relajación. • Mejora en autoconocimiento y auto percepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en niveles del dolor. • Obtención de estrategias de afrontamiento ante episodios de dolor. • Disminución de consumo de farmacéuticos. • Creación de una rutina de ejercicios. • Mejora en sus relaciones familiares. • Disminución en índices de depresión. • Reactivación de actividades físicas y laborales. • Mejora en control de dialogo interno. • Mejora en niveles de depresión.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.

- Después de una revisión bibliográfica, de comparar investigaciones relacionadas al dolor crónico y de aplicar un tratamiento psicológico a personas en rehabilitación física que padecían dolores crónicos benignos, se comprobó que, en efecto, el tratamiento psicológico sí incide significativamente en el manejo de la experiencia del dolor.
- El plan de tratamiento para el dolor crónico benigno brinda acertadamente las herramientas necesarias para mejorar la experiencia del dolor de los participantes, retomando equitativamente las áreas emocionales, conductuales y cognitivas. El método teórico-práctico con el que se trabaja garantiza la asimilación de los contenidos y facilita el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento para el dolor crónico.
- El tratamiento psicológico resulta eficaz en las personas que padecen de dolor crónico benigno, mejorando su calidad de vida. La muestra final de participantes reconoció que lograron un mayor dominio de su dolor, entendiéndose esto como controlar o disminuir la intensidad de los episodios de dolor y también el identificar las causas emocionales y cognitivas que lo intensifican.
- En términos generales, se pueden afirmar que el programa de tratamiento psicológico para el dolor crónico benigno sí es aplicable en población salvadoreña, siempre y cuando se retomen las características de la población con la que se trabaja, ya que en este caso, la muestra de pacientes pertenecientes al ISRI, la sesión 4 no tuvo mayor impacto, pero con una muestra diferentes puede ser necesaria llevarla a cabo como está planteada en el programa. Es importante mencionar que garantizando un lenguaje claro, sencillo y sin tecnicismos en cada una de las sesiones, se logrará una mayor comprensión y asimilación de la información brindada.

- El programa para el dolor crónico estaba planteado como un trabajo multidisciplinar, en el que médicos y fisioterapeutas trabajaran de la mano con los psicólogos facilitadores. Al estar desligados de ellos, por la poca disponibilidad de tiempo que tenían los profesionales, la población a la que iba dirigida el programa no fue tan grande como se esperaba, ya que al ser voluntaria la participación, se puede pensar que los pacientes no sentían necesario asistir.

6.2 Recomendaciones.

- El tratamiento psicológico del dolor crónico debe ser capaz de responder a dos aspectos fundamentales: actuar sobre el dolor, de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente y, en segundo lugar, atendiendo a la persistencia del dolor, impedir que éste se haga dueño de la vida del paciente. Ambos objetivos precisan reconocer el dolor y aceptar su existencia. El primero debe permitir hacer más efectivos los sistemas de regulación fisiológica del dolor. El segundo, requiere reconocer los problemas y ponerse a recuperar las actividades que se consideran valiosas.
- Es necesario destacar la importancia de una adecuada evaluación a los participantes para, a partir de ella, seleccionar el tipo de tratamiento que se considere más conveniente según las características de la muestra. Este es un requisito fundamental y necesario para poder evaluar su efectividad, que siempre deberá valorarse caso a caso y no solo de forma global.
- Es importante reiterar que el estudio y tratamiento del dolor en las instituciones, independientemente sea de carácter público o privado, debe requerir medidas terapéuticas psicológicas sencillas, pues los sistemas complejos, justamente, pueden hacer el programa psicológico menos efectivos, por la falta de claridad y comprensión del tratamiento.
- En cualquier caso, potenciar y mantener la investigación resulta, también desde la psicología, un aspecto prioritario a considerar y fomentar. Lo que pone de

manifiesto la necesidad de abordar desde un enfoque multidisciplinar muchos de los problemas tradicionalmente médicos. Un acercamiento interdisciplinar a la comprensión y tratamiento del dolor parece lo indicado, pues el resultado de programas conjuntos de tratamiento será más beneficioso que la aplicación de tratamientos independientes de forma descoordinada y muchas veces desconocida e incluso, en ocasiones, desconsiderada por parte de otros profesionales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros y libros electrónicos

- American Psychiatric Association. (2001). *DSM – IV – TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson
- Hall, J. (2011). Receptores sensitivos, circuitos neuronales para el procesamiento de la información. En *Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica*. Recuperado de <https://books.google.com.sv/books?id=UMYoE90LPmcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Hernández, R.; Fernández. C. & Baptista, M. (2010). Diseños del proceso de investigación cualitativa. En *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México. McGraw-Hill
- Jerome, J. (2006). Tratamiento del dolor. En American Osteopathic Association (Ed), *Fundamentos de medicina osteopática* (pp. 230-235). Recuperado de https://books.google.es/books?id=8oMDkdPP_cwC&pg=PA231&dq=teoria+de+la+especificidad+del+dolor&hl=es&sa=X&ei=4ts6VYXTBNe3oQS0roF4&ved=0CCgQ6AEwAQ#v=onepage&q=teoria%20de%20la%20especificidad%20del%20dolor&f=false
- Moreno, J. (2005). Apuntes para una historia de las teorías biológicas del dolor. En Vélez, A. (Ed). *Lecciones de historia del dolor*. (pp. 18-28). Recuperado de https://books.google.com.sv/books?id=s_4vlyCTqmEC&pg=PA22&lpg=PA22&dq=max+von+frey+teoria&source=bl&ots=ESwU2FHivl&sig=jQvInnby_Us9LcHI Z31uu-WbQto&hl=es&sa=X&ei=bN86VdqGAenLsAScxIDICQ&ved=0CCIQ6AEwAg#v=onepage&q=max%20von%20frey%20teoria&f=false
- Morris, D. (1993), *La cultura del dolor*. Recuperado de https://books.google.com.sv/books?id=0jseRm2XSAC&pg=PA310&dq=descartes+y+el+dolor&hl=es&sa=X&ei=_Po-VdaNI8HxsAXE8ICgDA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Pellicer G. & Olea, L. (2003). Dolor y antialgesia. En Escobar, M. y Pimienta, H. (Ed), *Sistema Nervioso*. (pp. 321-325). Recuperado de

<https://books.google.com.sv/books?id=yiHHCZmekJsC&pg=PA323&dq=teoria+d+el+patron+del+dolor&hl=es&sa=X&ei=41NAVZDtCYScgwSM4oDoCw&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=teoria%20del%20patron%20del%20dolor&f=false>

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

Serra, J. (2006). Teorías actuales de las sensaciones sensoriales somáticas. En *Tratado de dolor neuropático*. (pp. 7-13) Recuperado de <https://books.google.es/books?id=2qnw5PlkdCQC&pg=PA11&dq=teoria+de+la+especificidad+del+dolor&hl=es&sa=X&ei=Vt06VefCGIbmoASMo4B4&ved=0C0Q6AEwAg#v=onepage&q=teoria%20de%20la%20especificidad%20del%20dolor&f=false>

Torres, M. & Compañ, V. (2011). *La experiencia del dolor*. Recuperado de https://books.google.es/books?id=pv7hW0bCyV0C&pg=PA18&dq=teoria+de+la+especificidad+del+dolor&hl=es&sa=X&ei=_tg6VYOFPMHksASynohICw&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=teoria%20de%20la%20especificidad%20del%20dolor&f=false

Artículos electrónicos

Acevedo, J. (2012). Teoría de la compuerta (Ronald Melzack y Patrick D. Wall, 1965). Recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v53n4/Teoria%20de%20la%20compuerta.pdf>

Bakaikoa, M., Borrell, D., Fernández, V. & Semis, R. (2008). Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una Unidad del Dolor. En *Apuntes de Psicología*, 26(2), 341-348. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/266/268>

Balsen, A. & Rodríguez, D. (2012). Dolor crónico: generalidades y tratamiento. Biblioteca Virtual. Recuperado de: <http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20120531/pags/20120531161209.php>

- Bonica, J & Loeser, J. (sf). Historia de los conceptos y tratamientos del dolor (pp. 8-11). Recuperado de <http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/sp/docs/HISTORIA%20DE%20LOS%20CONCEPTOS%20Y%20TRATAMIENTO%20DEL%20DOLOR.pdf>
- Cabral, A. (1993, Julio) Conceptos Históricos y Teorías del Dolor. En *Revista de Ciencias UNAM*, 31, 21 - 27. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cns/article/view/11361>
- Cuesta, C. (2011). Teoría fundamentada clásica y teoría fundamentada constructivista. Asuntos paradigmáticos de actualidad. Recuperado de <http://rua.ua.es/jspui/bitstream/10045/18607/1/Asuntos%20paradigmaticos%20actuales%20en%20TF.pdf>
- Domínguez, B. (1996). Investigación clínica psicológica y dolor crónico. Aplicaciones del conocimiento psicológico, 117-136. Recuperado de http://bidi.unam.mx/libroe_2007/0741256/A11.pdf
- García, P. (1991) Fisiología del dolor. Recuperado de <http://www.pedrogarciabarreno.es/4.%20Escritos%20varios/Publ.%20Cient%20ADficas/Revisiones/Fisiopatolog%20del%20dolor.pdf>
- González, A. (sf). Aspectos psicosociales del dolor crónico. Recuperado de http://revista.sedolor.es/pdf/2002_11_74.pdf
- Hofstadt, J., & Quiles, M., (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista Social Española*. 8, 503-510. Recuperado de: <http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20120531/pags/20120531161209.php>
- Huskisson, E & Scott, J. (1976, Junio). Graphic representation of pain. Lippincott-Raven Publishers. 2(2), 175-184. Recuperado de http://journals.lww.com/pain/Abstract/1976/06000/Graphic_representation_of_pain_6.aspx
- Maero, F. (2013). Introducción a terapia de aceptación y compromiso. *Psyciencia*. Recuperado de: <http://www.psyciencia.com/2013/04/10/una-introduccion-a-terapia-de-aceptacion-y-compromiso/>

- Moioli, B., & Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. En *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000800002&script=sci_arttext
- Moix, J., & Casado, I., (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618548003.pdf>
- Nahin, R. (2015). Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012. *The Journal of Pain*, 16(8), 769-780. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590015006793>
- Navarro, M. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología*, 20, 1-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133212642001.pdf>
- Patel, N. (2010). Fisiología del dolor. En Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (Ed), *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos* (pp. 13-17). Recuperado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
- Pérez, M., & González, E., (2008). Principales aportes teóricos de la psicología en el estudio del dolor crónico. *Investigaciones medico quirúrgicas*, 2(2), 1-10. Recuperado de: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/viewFile/113/235>
- Sánchez, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(3) 32-41. Recuperado de <http://148.215.2.11/articulo.oa?id=74130306>
- Vallejo, M., (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 417-430. Recuperado de: <http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20120531/pags/20120531161209.php>

Tesis

- Arévalo, R. (2010). *Investigación sobre el dolor*. (Trabajo de grado). Universidad Evangélica de El Salvador. El Salvador.
- Carbonell (2012). *La difícil convivencia entre teoría y práctica en la atención psicológica al dolor crónico*. (Trabajo presentado para la obtención del Mínimo en Problemas Sociales de la Ciencia y la Técnica para la obtención de la categoría docente de Profesor Titular). Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba
- Gil, C., (2010). *Intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico*. (Máster en Psicología Clínica y de la Salud). ISEP, Barcelona.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en Pacientes con dolor crónico*. (Doctorado, publicada). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

Videos

- Barrios, J. (2013, Enero 18). Ronald Melzack - Experto en dolor. [Video file]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=PzM655ApUEs>
- Campbell, J. (2013, Noviembre 29). Pain 2, Pathways, peripheral, spinal cord and brain. [Video file]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=mlOVxjXnZTQ>
- Campbell, J. (2013, Diciembre 3). Pain 6, Gate theory and ascending inhibition. [Video file]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=g9qbXKIAeNo>
- Hasudungan, A. (2013, Agosto 12). Nociceptors - An Introduction to Pain. [Video file]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fUKlpuz2VTs>

Páginas web

- Algos, Investigación en Dolor (2012). Recuperado de: <http://algos-dpsico.urv.cat/es/>
- Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (2003). Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- Chronic Pain (sf). Recuperado de: <http://www.uchospitals.edu/online-library/content=P01366>

ANEXOS

Anexo 1. Glosario

Glosario

Asta dorsal: El asta posterior recibe axones de los ganglios dorsales a través de las raíces homónimas y contiene haces sensitivos. Comprende el núcleo de la columna de Clarke donde hacen sinapsis las fibras que transmiten la sensibilidad profunda inconsciente, la sustancia gelatinosa de Rolando donde hacen sinapsis las fibras que transmiten la sensibilidad termo-algésica y el núcleo propio donde hacen sinapsis las fibras que transmiten la sensibilidad táctil protopática o tacto grosero.

Casuística: Consideración de los diversos casos particulares que se pueden prever en determinada materia.

Circuitos reverberantes: uno de los circuitos más importantes del sistema nervioso. Está ocasionado por una retroalimentación positiva dentro del circuito neuronal que ejerce una retroalimentación encargada de re excitar la entrada del mismo circuito. Por consiguiente, una vez estimulado, el circuito puede descargar repetidamente durante mucho tiempo.

Sumación: Sucesión eficaz de varias excitaciones semejantes que actúan sobre un músculo o nervio.

Vía espinotalámica: es la ruta neural por la cual asciende hacia el encéfalo la información proveniente del sistema somatosensorial. Sus fibras son de diámetro reducido y de conducción relativamente lenta. Transmite información acerca del tacto, en las modalidades de dolor y temperatura pero sin especificar su localización, hacia ambos lados del cerebro.

Anexo 2. Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

**Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología**



**Programa de tratamiento psicológico del
dolor crónico**

Presentado por:

Calero Romero, Evelyn Adriana
Palacios Viera, Francisco Alejandro
Ramírez Ramírez, Rebeca Alejandra

Docente director:

Licenciado José Ángel Meléndez

Coordinador general del proceso de grado:

Licenciado Mauricio Evaristo Morales

Sesión 1. Orientación: dolor crónico y el acercamiento al autodomnio del dolor

Objetivo: Preparar el camino para todo el trabajo que se va a realizar en las siguientes ocho semanas y proporcionar la explicación del tipo de acercamiento que se va a enseñar a los participantes.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
Presentación y establecimiento de metas	<ul style="list-style-type: none">• Se anima a los participantes a que se presenten ellos mismos. Pedir a cada miembro del grupo que describa brevemente la naturaleza del problema por el cual ha pedido ayuda y el período de tiempo que ha durado ese problema.• Luego de la presentación, se les pedirá que propongan algunas normas que se deberán seguir dentro del grupo. A continuación, se les pide que mencionen una expectativa que tengan con respecto al proceso. Anotar todo en los papelógrafos.• Esta primera sesión se utiliza para aplicar la prueba pre tratamiento. A cada participante se le entrega el instrumento, se le explican las indicaciones y si éstos tienen dudas, disiparlas.• Después, se le entregará a cada miembro, la hoja de metas y solicitarles que la completen. Hacerles énfasis en que las metas deben ser realistas y específicas. Si ésta no es completada,	20 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Gafetes• Papelógrafos• Plumones• Tirro• Hoja de metas• Lapiceros• Laptop• Retroproyector• Sábanas• Registro de ejercicio• Material de apoyo para los pacientes:	<ul style="list-style-type: none">• Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances.• Completar hoja de metas• Realización de estrategia de la sesión

	pedirles que lo hagan en casa y la entreguen la siguiente sesión.		sesión 1.	
Presentación didáctica	<p>Proporcionar el fundamento para todas las demás sesiones, dando al paciente un modelo o marco dentro del cual ordenar la información recibida. Las temáticas a abordar serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>El dolor crónico y la inadecuación del modelo del dolor agudo. Influencias físicas, emocionales y cognitivas. Círculos viciosos. Método de tratamiento en grupo.</i> 	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Escala McGill Pain Questionnaire 	
Estrategia 1A: “Respiración profunda diafragmática”	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el objetivo del ejercicio que se realizará. • Para facilitar la comprensión del ejercicio, el terapeuta puede hacer primero una demostración y luego los participantes lo ponen en práctica. • Si es necesario, la práctica de la respiración puede hacerse sentado, pero es más fácil aprenderla, inicialmente, en una posición supina, con las manos colocadas en el abdomen (las yemas de los dedos tocando la línea media) para tener conciencia de cuan profunda es la inspiración. • Hay que pedirle a los participantes que exhale, sacando por sí mismo todo el aire de los pulmones. Pedirles que inhale, 	15 minutos		

	<p>llevando el aire hacia sus manos o hacia la parte media del abdomen. Esto les ayuda a realizar inspiraciones más prolongadas y profundas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que se ha establecido el ciclo de introducción y salida del aire, hay que animar a los participantes para que hagan las dos partes del ciclo de forma prolongada y e igual. • Además, hay que estimularles para que acentúen la dilatación del abdomen en la primera parte de la inspiración; de hecho, esto sólo puede realizarse mediante la relajación del abdomen y la contracción del diafragma. Colocando las manos paralelas al suelo con las yemas tocando el abdomen, los participantes podrán ver los dedos moviéndose mientras el aire llena los pulmones. • Realizar diez ciclos de respiraciones. 			
<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las tareas y relacionarlas directamente con el trabajo práctico que se ha realizado. • <i>Respiración diafragmática:</i> En esta ocasión, la práctica es la de la respiración profunda, lenta y regular, diez ciclos de respiración en cada práctica (entrada y salida de aire constituye un ciclo); debe ser practicada dos veces al día, en dos ocasiones 	<p>15 minutos</p>		

	<p>separadas, estando el participante preferiblemente acostado, con el fin de maximizar el efecto del entrenamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Registro de ejercicio:</i> En segundo lugar, y para la siguiente sesión, se pide a los participantes que registren el ejercicio diario que realizan, con objeto de establecer el nivel basal o de partida. Se les pide que seleccionen cualquiera de los tres ejercicios (caminar, nadar, bicicleta) y simplemente que registren cuánto hacen, sin cambiar su patrón de ejercicio normal y característico. su patrón de ejercicio normal y característico.			
--	--	--	--	--

Sesión 2. El rol de la relajación

Objetivo: Proporcionar las bases para la introducción de una estrategia fundamental, la relajación muscular progresiva.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>Revisión de asignaciones previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Al comienzo de esta sesión, hay que dejar un tiempo para que se discuta cualquier pregunta que haya podido surgir como consecuencia de la lectura de los manuales de la sesión anterior y/o reflexión sobre el material dado. • <i>Niveles de ejercicio:</i> Se toma la hoja de registro de un participante como ejemplo y se halla la media para él o ella, mostrando al grupo cómo se suma el número total de minutos que se han empleado en hacer ejercicio y dividiéndolos por siete para hallar el nivel medio. Se les pide a los participantes que hagan ejercicio a su nivel medio durante la semana siguiente. • <i>Hojas de meta:</i> Se dedica un pequeño período de tiempo a revisar las hojas de meta completas. Los miembros de la familia del participante han podido hacer algunas sugerencias y algunos participantes pueden desear redefinir o hacer más precisas ciertas metas fijadas por ellos mismo que fueran poco realistas o insuficientemente precisas. 	<p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lapiceros • Laptop • Retroproyector • Sábanas • Registro de dolor • Material de apoyo para los pacientes: sesión 2. • Audio de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances. • Realización de estrategia de la sesión

Presentación didáctica	<ul style="list-style-type: none">• El foco de la presentación didáctica en esta sesión se centra en la forma en la que uno puede usar la relajación para modificar o atenuar la experiencia de dolor. Se les recuerda a los participantes el círculo vicioso que se ha descrito en la primera sesión entre dolor y tensión muscular. La estrategia de la relajación es la designada para ayudar a romper este círculo. Éste ha sido explicado para conseguir un impacto mayor, debido a su contribución a los factores físicos que influyen en el nivel de dolor. Por tanto, es muy importante para las personas con dolor crónico que comprendan cómo reducir esta influencia.	35 minutos		
Estrategia 1B: “Relajación progresiva”	<ul style="list-style-type: none">• Se le pide a cada participante que escoja la posición más cómoda para relajarse (sentado o acostado). Si alguno escoge acostarse, hay que asegurarse que los participantes con dolor de espalda tienen los pies apoyados en el suelo, cerca de las nalgas, con las rodillas levantadas, y que los participantes con dolor de cuello tienen una almohada bajo su cuello.• Se comienza animando al grupo a que hagan más profunda su respiración, hasta que se establezca un intercambio de aire regular y estable, preferiblemente utilizando el método de la	20 minutos		

	<p>respiración diafragmática enseñado en la sesión pasada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Una vez que se ha establecido ésta, se empieza trabajando con los músculos de las piernas. En esta inducción inicial, puede ser aconsejable relajar una pierna cada vez, de modo que se le permite al participante hacer más comparaciones entre los estados de tensión y relajación.• Una vez que el participante tiene las piernas relajadas, hay que dejarle un cierto período de tiempo para que disfrute de la sensación de pesadez y relajación en las piernas; luego nos vamos trasladando a las otras áreas principales (brazos, estómago y abdomen, nalgas, muslos y pelvis, pecho, hombros, cuello, mandíbula y músculos faciales).• Hay que controlar a todos los participantes del grupo continuamente para asegurarse de que están siguiendo las instrucciones y que no muestran ninguna dificultad particular.• Se debe recordar a los participantes que deben trabajar con precaución a la hora de tensar los músculos de las zonas cercanas a la localización del dolor. Un incremento ligero de la tensión sobre el nivel normal es todo lo que se necesita para obtener el efecto de la relajación.			
--	---	--	--	--

<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Práctica de la estrategia:</i> Se prescriben dos prácticas diarias completas, de 20 minutos cada una, trabajando sistemáticamente a lo largo de los nueve grupos musculares. Se anima a los pacientes a que encuentren unas horas determinadas del día en las que puedan llevar a cabo este trabajo.• <i>Preparación para la sesión 3:</i> La preparación para la siguiente sesión tiene tres objetivos. En primer lugar, el ejercicio físico (caminar, nadar, bicicleta), ya que se han establecido los niveles medios de tiempo en la primera semana de control, van a empezar a realizarse diariamente. En segundo lugar, se les pide a los miembros del grupo que empiecen a llevar un registro preciso de las variaciones en el problema del dolor. Se les dan cuadernillos de registro similares a los que utilizaron en la evaluación pre tratamiento. Esto les permite empezar a analizar sistemáticamente las variaciones en sus problemas de dolor, los factores que influyen en ellos y los efectos de algunas de las estrategias presentadas. Se les pide que registren su dolor cada hora durante una semana. Finalmente, y preparando el programa de reducción de analgésicos para aquellos participantes con dependencia a la	<p>15 minutos</p>		
--	--	-------------------	--	--

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

	<p>medicación (sesión 4), se les pide que desde ese momento tomen su medicación de tres a cuatro veces todos los días, guiándose por el reloj, más que por los niveles de dolor. Se les pide que usen cualquier medicación que utilicen normalmente, dividida en tres o cuatro dosis, como preludio del programa de reducción gradual.</p>			
--	--	--	--	--

Sesión 3. El rol del ejercicio

Objetivo: Señalar la importancia que presenta el ejercicio diario para el mejor autodomínio del dolor crónico.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>Revisión de asignaciones previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se dirige la atención del grupo hacia lo que han sido capaces de hacer, como opuesto a cuánto dolor han experimentado. Hay que tratar de dejar claro hasta qué punto todos los miembros del grupo han practicado la relajación, han realizado sus ejercicios diarios y han utilizado analgésicos en función del tiempo y no del dolor. • <i>Resultados del autorregistro:</i> la mayor parte de esta primera sección de la sesión puede utilizarse en una discusión de las conclusiones que cada paciente ha sacado acerca de sus patrones de dolor a consecuencia del autorregistro. Se debe intentar utilizar ejemplos individuales, sacados de los propios diarios de los participantes, para ilustrar los picos y valles de los patrones, exponiendo las implicaciones de éstos respecto a la influencia variable del dolor en los sujetos. 	<p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lapiceros • Laptop • Retroproyector • Autorregistros • Material de apoyo para los pacientes: sesión 3. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances. • Realización de la estrategia de la sesión

<p>Presentación didáctica</p>	<p>La presentación didáctica de esta sesión pone de manifiesto las consecuencias del desuso muscular y la inactividad en el dolor crónico. También se señalan los beneficios del incremento y la tolerancia a la actividad y del buen nivel físico en general. Finalmente, se discute en detalle la forma en que la actividad y su abandono puede contractuar y se propone un programa de actividades para el grupo.</p> <p>Temáticas: <i>Los efectos del desuso y la inactividad. La normalidad de la inactividad como una reacción al dolor. Los beneficios de incrementar la tolerancia a la actividad y el vigor físico. Instigación del régimen de ejercicio</i></p>	<p>40 minutos</p>		
<p>Estrategia 2: “Ejercicios graduados”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sección práctica de esta sesión se emplea en explicar, demostrar y practicar los ejercicios específicos que los individuos pueden utilizar para obtener flexibilidad y potencia crecientes, especialmente en las áreas claves debilitadas debido al daño o al dolor. • Si no se dispone de un fisioterapeuta que aconseje sobre las necesidades de cada participante, se puede escoger un conjunto de ejercicios recogidos en el apéndice I, teniendo siempre 	<p>15 minutos</p>		

	<p>presente la localización del dolor y la debilidad muscular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar aconsejar a los participantes comenzar en un nivel muy bajo e incrementar gradualmente los ejercicios, hasta 10 repeticiones por día. 			
<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ejercicio:</i> se le pide a los participantes que empiecen a hacer ejercicio diariamente, empezando por niveles bien por debajo de su capacidad cuando se sientan muy bien (por ejemplo, ligeramente por debajo de su media de tiempo de ejercicio), y lo vayan incrementando gradualmente semana a semana, hasta llegar a los 30 minutos. Los ejercicios específicos se comienzan con 1 o 2 ciclos al día y la demanda se va incrementando gradualmente a lo largo de las semanas hasta que los participantes alcancen 10 ciclos 1 o 2 veces al día. • <i>Ingesta de drogas:</i> como preparación a la discusión del rol de las drogas y el comienzo de los programas de reducción de analgésicos, se debe pedir a los participantes que cambien la droga que actualmente estén utilizando por una solución líquida equivalente. Se les explica este punto, asegurándose de que lo entienden, que se les va a prescribir un líquido exactamente equivalente a sus dosis usuales de droga y que este líquido 	<p>15 minutos</p>		

	<p>deberán tomarlo en dosis regulares a lo largo del día (tres o cuatro veces diariamente).</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Diario del dolor:</i> se les pide a los participantes que completen sus diarios de dolor durante otra semana, pero que en esta ocasión se fijen cuidadosamente en los patrones que pueden surgir como consecuencia de los cambios en el patrón de actividad y de la introducción de un programa de ejercicios, así como los cambios debido al régimen horario de ingesta de medicación.• <i>Práctica de relajación:</i> de nuevo, se recuerda a los participantes que deben continuar usando sus cintas de relajación dos veces al día, hasta que hayan aprendido bien la habilidad de la relajación muscular.			
--	--	--	--	--

Sesión 4. Orientación: El rol de las drogas

Objetivo: Reeducar sobre la naturaleza de las drogas utilizadas para el dominio del dolor, sus efectos y limitaciones, para favorecer la reducción de drogas.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>Revisión de asignaciones previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se da inicio, con los comentarios del grupo sobre el incremento de su programa de ejercicios, el cambio de medicación líquida y la utilización de audios que les permitieran obtener una rápida y profunda relajación. • <i>Resolución de problemas:</i> Se hará la revisión del régimen de ejercicio que se han estado proponiendo en los días anteriores, valorando las dificultades que han tenido para alcanzar los niveles propuestos. En base a esto se hará la recomendación de tomar más tiempo del estipulado, para que logren alcanzar el nivel esperado y no dejar el trabajo a medias. • <i>Reducción de drogas:</i> Esta actividad se acompañará de los autorregistros diarios de los individuos, para valorar los cambios en el consumo de analgésicos. 	<p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lapiceros • Lápices • Autorregistros • Carteles informativos • Programa de reducción gradual • Laptop • Retroproyector 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances. • Realización de estrategia de

<p>Presentación didáctica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sesión a desarrollar, se orienta a la reducción de medicación de manera paulatina, con el apoyo de otras técnicas para manejar el dolor. • A los participantes se les expone: “El rol de las drogas” incluyendo aspectos como: <i>la utilidad de las drogas</i> (exponiendo los medicamentos que se consumen con mayor frecuencia en el grupo), <i>la tipología de las drogas</i> (según su actuación) y <i>los efectos colaterales que produce su consumo a largo plazo</i>. 	<p>20 minutos</p>		<p>la sesión</p>
<p>Estrategia 3: “Programa de reducción gradual”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En base a la discusión didáctica previa, se realiza con los participantes una descripción detallada de cómo pueden retirarse las drogas, de forma que se minimicen los efectos colaterales. • Se les presentará a los participantes una guía general: sobre un programa de reducción del dolor, la cual podrán integrar al entrenamiento de habilidades de afrontamiento, que se proporciona en el programa de tratamiento. 	<p>15 minutos</p>		

<p>Estrategia 5: “Relajación progresiva con imágenes de clama/distracción (continuación de estrategias 1A y 1B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzando el aprendizaje de las técnicas de relajación, enseñadas en sesiones anteriores, se agrega la dimensión de: “distracción” que funcionará como una técnica de focalización de atención. • Se comenzara por inducir a la relajación, ya practicada en la sesión 2, pasados 15 minutos de inducción, se comienza a emplear 5 minutos en los que se anima a generar imágenes tranquilizadoras y antagónicas a la experiencia del dolor. • Se sugerirá a los pacientes algunas imágenes específicas y al final de los 5 minutos, se les animará a que creen sus propias imágenes. • Al finalizar la práctica se les explica cómo esta dimensión puede actuar reduciendo la experiencia del dolor 	<p>30 minutos</p>		
<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita que incrementen las cuotas de ejercicio diario, en base a las respuestas asignadas en la tarea de la semana pasada. • Se hace un recordatorio sobre la práctica constante de los ejercicios de relajación, por lo menos dos veces al día, con 5 minutos adicionales en los que debe prestar atención a imágenes relajantes. 	<p>10 minutos</p>		

Sesión 5. Orientación: El rol del estado emocional

Objetivo: Concientizar a los participantes sobre la relación existente entre emoción- dolor, para terminar con el círculo vicioso que puede estar actuando en la experiencia del dolor

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
Revisión de asignaciones previas	<ul style="list-style-type: none">• Para estas sesiones, no hay mayor necesidad de emplear mucho tiempo para la revisión de tareas asignadas en la sesión anterior, el programa de ejercicios, el entrenamiento en relajación o el programa de reducción de drogas, ya que la mayoría se habrá acostumbrado a su realización, por lo que de forma rápida se hace un recordatorio para continuar con el cumplimiento.• Debido a que se encuentran a mitad del plan de tratamiento, se hace un reconocimiento de los avances obtenidos hasta la fecha, develando las áreas que necesitan reforzar, para continuar con las siguientes áreas.• La remembranza la pueden hacer apoyándose de su diario del dolor, al mismo tiempo servirá para el desarrollo de la actual sesión.	15 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Lapiceros• Lápices• Autorregistros• Carteles informativos• Programa de reducción gradual• Diario del dolor• Laptop• Retroproyector	<ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de tarea para casa• Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances.• Realización de estrategia de la sesión

<p>Presentación didáctica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la sesión se busca la exposición de “<i>El rol del estado emocional</i>”, para explicar la relación emoción-dolor, proporcionando acercamiento práctico sobre cómo reducir las reacciones emocionales para minimizar el dolor e incrementar la tolerancia. 	<p>15 minutos</p>		
<p>Estrategia 4: “Reducir las reacciones emocionales”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se comienza la práctica induciendo a los participantes a una relajación de unos 15 minutos aproximados, una vez conseguido el estado de tranquilidad y respiración regulada, se les solicitará que piensen en un estímulo que les produce ansiedad y/o ira, (si se dificulta de imaginar el estímulo se les pide que recuerden el episodio donde sufrieron dolor). • Prosiguiendo, se les pide focalizarse sobre los cambios físicos que presenta su cuerpo a medida que el estímulo va cambiando de una imagen relajante a una que les produzca ansiedad. • Se les dejará un tiempo para que se percaten de los cambios en su cuerpo y de nuevo se les da instrucciones para que mantengan la imagen y respiren suave y regularmente, hasta que se relajen completamente. 	<p>40 minutos</p>		

Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">• La técnica difuminadora desarrollada en la sesión será la tarea que deberán practicar en su casa, apoyándose de su autorregistros diarios, para anotar las situaciones en las que ocurren los sucesos estresores y cuál ha sido el grado de éxito con los que lo han contrarrestado• Las cuotas de ejercicio se aumentaran también esta semana, en conjunto con la reducción de los niveles de droga (según el método de reducción gradual).	10 minutos		
---------------------------------------	---	------------	--	--

Sesión 6. Orientación: El foco de atención y de las quejas

Objetivo: Enseñarles a los participantes a desviar el foco de atención del dolor a otros aspectos de su vida y que sean conscientes de que su vida no debe girar en torno al dolor únicamente.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
Revisión de asignaciones previas	<ul style="list-style-type: none"> Comenzando la revisión de tareas, se plantearán los avances y dificultades que tuvieron al practicar la técnica difuminadora y al continuar con el programa de reducción de drogas, para evaluar la posibilidad de incrementar los ejercicios. Discusión sobre el dolor y su incapacidad: para adentrar a la temática a tratar se dialoga sobre el registro de expresiones de dolor y malestar que padecen, así como las quejas que emiten (se puede solicitar la perspectiva de sus encargados o parejas, sin la ayuda del paciente). 	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Lapiceros Lápices Autorregistros Carteles informativos Programa de reducción Gradual Diario del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de tarea para casa Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances.
Presentación didáctica	<ul style="list-style-type: none"> Para la sesión se desarrollará el “Rol de la focalización de la atención y de las quejas” mediante la explicación general de: <i>la focalización somática, los efectos que tienen la atención en los</i> 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Retroproyector 	<ul style="list-style-type: none"> Realización de estrategia de

	<p>niveles de dolor y el efecto de la atención en las relaciones. A manera de hacer consiente las conductas que influyen en el mantenimiento del malestar.</p>			la sesión
<p>Estrategias 5 y 6: “Técnicas de Focalización”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomando en cuenta la tendencia a focalizar la atención del dolor y su efecto deteriorante del dominio del dolor, se practica la técnica cognitiva (estrategia 5) para llevar el foco de atención desde el dolor a los sucesos externos al individuo, mediante una relajación guiada, en la que buscarán focalizarse en su ambiente o contexto, a manera de disminuir la atención hacia el dolor. • Tomando en cuenta la estrategia 6, se alienta al paciente a hablar más directamente de sus necesidades y deseos y a minimizar la utilización del dolor, las quejas o la incapacidad para conseguir otros fines. 	<p>40 minutos</p>		
<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La tarea asignada será la discusión que los pacientes deben tener con sus familiares sobre la comunicación, para saber expresar de manera asertiva sus necesidades y sentimientos provocados tras el padecimiento. • La particularidad de la tarea será suspender los autorregistros, 	<p>15 minutos</p>		

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

	<p>asignados en las sesiones anteriores, por tratar de desenfocar la atención sobre el dolor.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se asigna el registro de pensamientos que surgen al iniciar el episodio de dolor severo.• Los ejercicios de relajación seguirán recordándose para su práctica, al igual que la reducción de medicamentos.			
--	--	--	--	--

Sesión 7. El rol de la valoración del dolor y la influencia de la depresión.

Objetivo: Informar a los participantes de la relación existente entre los síntomas depresivos y el dolor que perciben.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>Revisión de asignaciones previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como primer punto se revisarán las asignaciones dejadas por el grupo facilitador en la sesión anterior. • <i>Foco de atención:</i> se realizará una discusión sobre el éxito de los participantes al buscar trasladar su dolor a otros aspectos más positivos, como puede ser revisar sus logros durante el proceso. • <i>Expresión directa de necesidades y sentimientos:</i> se conversará sobre qué efectos positivos ha generado para ellos ser más asertivos con su familia y amigos. Es posible que sea necesario explicar los cambios que puede generar en las relaciones interpersonales el que ellos tomen esta nueva forma de comportarse. • <i>Registro de reacciones a los episodios de dolor:</i> para esta sesión se espera hayan registrado los sentimientos que han generado durante los episodios de dolor, se esperan 1 o 2 colaboraciones sobre ejemplos del diálogo interno que han desarrollado. 	<p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Cañón • Papelógrafos • Plumones • Tirro • Lapiceros • Material de apoyo sesión 7 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances. • Realización de estrategia de la sesión

<p>Presentación didáctica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión se desarrollará el tema de las <i>Reacciones cognitivas al dolor crónico</i>, se conversará y discutirá todas las evaluaciones que hacen los participantes cada vez que perciben esta experiencia, se examinarán frases dadas en el taller o recogidas a través de los diversos registros dados por los participantes. Se catalogarán todos los adjetivos que se dan a sí mismos por vivir esta experiencia. • Se conversará sobre los efectos de todas estas categorías que se auto otorgan debido a este padecimiento y cómo los afectan o cómo los han hecho cambiar con el paso de los años. 	<p>20 minutos</p>		
<p>Estrategia 7: Métodos de revaloración y habla interna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta estrategia se enseñarán diversas formas de revalorar y reinterpretar las ideas y sentimientos que están asociados a sus episodios de dolor. Es importante que los facilitadores aclaren que estos métodos no implican una cura milagrosa para su malestar, pero que con constancia y frecuencia los mismos pueden disminuir al usar dichas estrategias. Se tratarán diversas estrategias explicadas brevemente a continuación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrategias cognitivas: revaloración del dolor <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Transformación de sensaciones</i>: se imagina el área adolorida 	<p>40 minutos</p>		

	<p>como si estuviera entumecida o anestesiada.</p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Transformación del contexto:</i> imaginar el dolor como parte de una actividad en la cual sería más acorde percibirlo.○ <i>Limitar la extensión del dolor:</i> definir cuidadosamente el área en que siente el dolor, su profundidad y extensión.○ <i>Reubicación de los pensamientos:</i> se le pide a los participantes que centren su atención en un área del cuerpo que no sientan dolor y que se concentren en ese punto. <p>Una vez explicadas se inducirá a los participantes en un estado de relajación y se procederá a practicar cada una de estas técnicas. Al finalizar se hará una breve discusión sobre los posibles resultados del mismo.</p> <p>✓ El habla interna y el dominio de la depresión:</p> <p>En este momento se usarán los registros solicitados durante la sesión anterior, al recolectar las ideas, sentimientos y emociones que genera el estado de dolor, se les invita a reflexionar sobre lo realmente útiles que son éstas para el manejo del dolor en ellos.</p> <p>Una vez aclarado esto, se les invita a intentar cambiar estas ideas por unas más favorables, por ejemplo: “Puedo continuar a pesar del dolor”.</p>			
--	--	--	--	--

<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Práctica de la nueva estrategia:</i> se le solicita a los participantes que deben reducir el habla negativa por manifestaciones positivas de enfrentamiento y que actúen en consonancia con estas. También que aumenten la cantidad de actividades placenteras. Cada uno de los miembros debe de evaluar la efectividad de las técnicas de revalorización para reducir el dolor.• <i>Preparación de tarea:</i> se pide realizar un registro de aquellas actividades que se den cuenta que evitan, para que estos reconozcan la respuesta anticipatoria ante la posibilidad de percibir dolor.	<p>15 minutos</p>		
--	---	-------------------	--	--

Sesión 8. El rol del espaciamiento de la actividad

Objetivo: Evaluar la rutina de los participantes para que encuentren un nivel de actividad y compromiso en la vida diaria que evite niveles de dolor más grandes para ellos.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
Revisión de asignaciones previas	<ul style="list-style-type: none"> • Como primer punto se revisarán las asignaciones dejadas por el grupo facilitador en la sesión anterior. • <i>Registro de Patrones de evitación:</i> para esta sesión se ha solicitado que registren en qué medida evitan diversas actividades debido al dolor o por la creencia de que esta actividad puede acrecentar el dolor. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Cañón • Papelógrafos • Carteles informativos • Plumones • Tirro • Lapiceros • Material de apoyo sesión 8 • Hojas con listado de estrategias realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances. • Realización de estrategia de la sesión
Presentación didáctica	<ul style="list-style-type: none"> • En esta ocasión se conversará sobre <i>El espaciamiento de la actividad y la evitación conductual</i>, estará enfocado en como a través de los años las personas que padecen de dolor crónico ven limitadas las actividades que realizan debido a la asociación de las mismas con el dolor. • Se diferenciara entre dos tipos comunes de reacción, la primera 	15 minutos		

	<p>es la tendencia a la reducción de las actividades físicas o de cualquier otra tanto como sea posible y la segunda, relacionada a personas que a partir del diagnóstico se dedican a realizar más y más actividades físicas; además se evaluará cada uno de los resultados para ambos tipos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez realizado esto, se conversa con los participantes que existe formas para lograr un equilibrio entre ambos tipos que los permitirán llegar a un ritmo de actividades equiparables a antes de vivir su padecimiento 			
<p>Estrategia 8: Espaciamento de la Actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta es de las estrategias de afrontamiento más discretas vistas durante el taller, el objetivo de la misma es animar a los pacientes a normalizar sus niveles de actividad, a través de algo llamado “<i>espaciamento</i>” o “<i>distribución</i>”. • Para esto es necesario que los participantes evalúen su tendencia a la respuesta de evitación. Luego que indiquen que tipo de actividades son las que evitan y aquellas que llevan a cabo en exceso. • En base a el tipo de actividades de las personas, se trabajará esta actividad, así quienes tienden más a evitar actividades se les animará a tratar de realizar más frecuentemente las mismas, en 	<p>20 minutos</p>		

	<p>especial ahora que ya se tienen más herramientas para mejorar el afrontamiento de estos episodios, así deberían de ir realizando las actividades evitadas poco a poco hasta lograr la meta deseada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en cambio, la persona es alguien que realiza demasiado esfuerzo físico, la dinámica cambia, ya que se le solicita que debe de poco a poco limitar sus compromisos, es decir dejar espacio entre actividad y actividad, en este caso el objetivo es que se vean incrementadas las actividades de placer que no se vean relacionadas a los episodios de dolor. 			
<p>Estrategia 9: Relajación controlada por Claves</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta estrategia funciona como apoyo al resto de actividades y especialmente para que los individuos puedan romper con las respuestas habituales al dolor. • Esta actividad supone la inducción a relajación en un período de 4 a 6 minutos, utilizando un método de inducción que es una forma abreviada del método enseñado en sesiones anteriores. Se debe realizar una práctica de la misma durante la sesión. • La palabra <i>relax</i> o la evocación de una imagen relajante puede ser la clave para tener una respuesta de relajación. 	<p>25 minutos</p>		

Asignación de tareas para casa	<ul style="list-style-type: none">• Describir las tareas y relacionarlas directamente con el trabajo práctico que se ha realizado.• <i>Espaciamiento de la actividad:</i> en esta sesión se animará a los participantes para que comiencen a distribuir sus actividades de acuerdo al tipo de reacciones conductuales predominantes en su vida diaria.• <i>Estrategia de evaluación:</i> para la última sesión se le solicitará a las personas que evalúen todas las estrategias que se les han proporcionado hasta la fecha y su respectiva puntuación.	15 minutos		
---------------------------------------	--	------------	--	--

Sesión 9. Integración de las técnicas de dominio de dolor

Objetivo: Evaluar las estrategias presentadas en el taller e identificar cuál es la que más resultados les genera a los participantes.

Actividad	Procedimiento	Tiempo	Recursos	Evaluación
<p>Revisión de Asignaciones Previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como primer punto se revisarán las asignaciones dejadas por el grupo facilitador en la sesión anterior. • <i>Realización de actividades:</i> se hará referencia a la hoja de metas que se creó en la primera sesión y se evaluarán los diversos resultados; es posible que algunos no sean tan positivos pero debe animarse a los participantes a continuar. • <i>Registro de Espaciamiento de la actividad:</i> se conversará sobre si los participantes han sido capaces de empezar a impedir/prevenir sus tendencias a la evitación o a la sobreactuación. 	<p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Cañón • Papelógrafos • Plumones • Tirro • Lapiceros • Autorregistros • Cuadro resumen de efectividad de estrategias. • Hoja de metas a futuro. • Escala McGill Pain 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tarea para casa • Disposición a participar en las discusiones de grupo, acerca de los avances.
<p>Presentación Didáctica: “La Potencia Relativa de las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión se resumirá las sesiones de tratamiento, juntando las 8 estrategias en un solo lugar. En este punto se espera que las personas ya hayan identificado las influencias físicas, 	<p>40 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de metas a futuro. • Escala McGill Pain 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de estrategia de la sesión

<p>Estrategias: Una revisión”</p>	<p>emocionales y cognitivas de su padecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• En este momento se separarán las estrategias entre <i>Estrategias útiles para la prevención del dolor o estrategias para la modulación inmediata de los niveles de dolor</i>; pero tomando en cuenta que al final todas se ven solapadas unas entre otras y por ende el uso de todas mejoraría la situación de cualquier persona.• A continuación se animará a las personas a revisar qué estrategias han usado más, con qué frecuencia y los resultados de las mismas. Al realizar este ejercicio, las personas pueden concentrarse en las estrategias más útiles y perfeccionarlas para que se conviertan en herramientas muy efectivas para el control de su dolor.• Al ser la última sesión, será necesario conversar con los participantes acerca de las posibles recaídas y cómo pueden afrontar estos momentos complicados en su desarrollo. Se les instará a que una de las bases del proceso es la práctica y la repetición; pero que en cualquier momento pueden auxiliarse del material didáctico proporcionado.• Otro punto a tocar, son los cambios en las relaciones interpersonales en los diversos ambientes de los participantes, se les pedirá opiniones acerca de cómo han cambiado éstas con respecto a la época antes del taller.		Questionnaire	
---	---	--	---------------	--

<p>Revisión de las Estrategias de Dominio del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En este momento se realizará una breve revisión de las estrategia y se puede utilizar el tiempo para practicar aquellas que llevan más dificultad para algunos o que no haya intentado aún. • Se conversará además sobre cualquier cambio o modificación que haya realizado algún participante y que pueda ser de valor para los demás. 	<p>15 minutos</p>		
<p>Asignación de tareas para casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hojas de meta:</i> se entrega a las personas nuevas hojas de metas, para que sean cumplidas luego del taller. • <i>Autorregistros:</i> es recomendable que las personas sigan llevando un registro de los niveles de dolor que perciben y las técnicas que usan, para poder siempre evaluar mejoras o fallos en su proceso personal. • <i>Actividades placenteras:</i> se incita a los pacientes a continuar con la realización de actividades placenteras, para evitar que estos eviten recaer en el enclaustramiento o malestar que puede generar los episodios de dolor. • Antes de finalizar la sesión, se le aplicará nuevamente la escala McGill Pain Questionnaire, a modo de prueba post tratamiento. 	<p>15 minutos</p>		

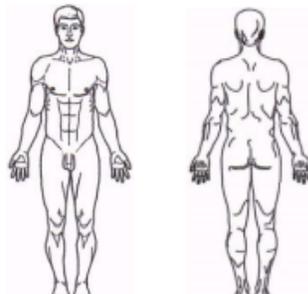
APENDICES

Apéndice 1. Instrumento de recolección de datos

McGill Pain Questionnaire¹

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual

<p>Temporal I: A golpes _____ Continuo _____</p> <p>Temporal II: Periódico _____ Repetitivo _____ Insistente _____ Interminable _____</p> <p>Localización I: Impreciso _____ Bien delimitado _____ Extenso _____</p> <p>Localización II: Repartido _____ Propagado _____</p> <p>Térmico I: Calor _____ Como si quemara _____ Abrasador _____ Como hierro candente _____</p> <p>Térmico II: Frialdad _____ Helado _____</p> <p>Consistencia: Pesadez _____</p>	<p>Tracción: Tirantez _____ Como un tirón _____ Como si estirara _____ Como si arrancara _____ Como si desgarrara _____</p> <p>Sensibilidad Táctil: Como si rozara _____ Como hormigueo _____ Como si arañara _____ Como si raspara _____ Como escozor _____ Como un picor _____</p> <p>Punción: Como un pinchazo _____ Como agujas _____ Como un clavo _____ Punzante _____ Perforante _____</p> <p>Constricción: Como pellizco _____ Como si apretara _____ Como agarrotado _____ Opresivo _____ Como si exprimiera _____</p> <p>Incisión: Como si cortase _____ Como una cuchilla _____</p> <p>Signos Vegetativos: Nauseante _____</p>	<p>Miedo: Que asusta _____ Temible _____ Aterrador _____</p> <p>Tensión emocional: Fastidioso _____ Preocupante _____ Angustiante _____ Exasperante _____ Que amarga la vida _____</p> <p>Categoría Valorativa: Débil _____ Soportable _____ Intenso _____ Terriblemente molesto _____</p>	<p>Miscelánea Sensorial I: Como hinchado _____ Como un peso _____ Como un gas _____ Como espasmos _____</p> <p>Miscelánea Sensorial II: Como latidos _____ Concentrado _____ Como si pasara corriente _____ Calambres _____</p> <p>Miscelánea Sensorial III: Seco _____ Como martillazos _____ Agudo _____ Como si fuera a explotar _____</p>
<p>Sombree las áreas donde siente dolor</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;">  </div>			

¹Recuperado de Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica de la Universidad Complutense de Madrid

Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual

Leve, débil, ligero ___

Moderado, molesto, incómodo ___

Fuerte ___

Extenuante exasperante ___

Insoportable ___

Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente

Sin dolor _____ Dolor insoportable

PRI-S PRI-E PRI-V PRI-M PRI-TOTAL

Número de palabras PPI EVA (0-10)

Apéndice 2

Hoja de metas

Nombre: _____

Fecha: _____

PLANIFICACIÓN DE METAS

A. Trabajo

1. _____
2. _____
3. _____

B. Actividad de ocio/placenteras

1. _____
2. _____
3. _____

C. Ejercicio diario

1. _____
2. _____
3. _____

D. Actividades sociales

1. _____
2. _____
3. _____

E. Otras

1. _____
2. _____
3. _____

Apéndice 3

Diario de dolor

Los diarios de dolor permiten al participante monitorizar diariamente los niveles de dolor en una escala de 0 a 5 puntos. Se les pide que completen el diario tan a menudo como sea posible a lo largo del día, de modo que no tengan que depender de la memoria.

Ha de rodear con un círculo la hora a la que se levantan y la hora a la que se acuestan, de modo que la estimación del dolor puede deducirse por las horas que están despiertos. Esto también permite al terapeuta ver la cantidad de veces que se despierta por las noches y los niveles de dolor registrado en esas ocasiones. La fila superior se utiliza para indicar el uso de medicación. Esto permite al terapeuta evaluar el efecto de la medicación, la cantidad en que se utiliza y su relación con los niveles de dolor.

Los diarios de dolor se puntúan de la siguiente manera:

- Media del dolor despierto (intensidad): la suma de las intensidades registradas, divididas por el número de horas en que se está despierto. Se puede hallar la media de cada día y acumularla para dar la media semanal de nivel de dolor.
- Media diaria de la duración del dolor a lo largo de una semana, se puede obtener contando el número de horas de cada día, sumándolas y dividiéndolas por siete.
- Frecuencia, a lo largo del período de tiempo que vaya a analizarse; se obtiene contando el número de días en los que ocurren episodios de dolor, o bien, el número de episodios por semana.
- Se puede calcular el número medio de medicación (recetada o no recetada) utilizada y estimar la media en el tiempo evaluado (por ejemplo, dos semanas). Deben quedar claras las veces que se ha utilizado medicación y su dependencia de los niveles de dolor.
- Cuantificar los trastornos de sueño durante la semana.
- Estimación de la variabilidad del dolor (picos y valles).

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

Nombre: _____

- Escala:*
- 0 ningún dolor
 - 1 nivel muy bajo de dolor, perceptible sólo a veces
 - 2 nivel de dolor que puede ser ignorado a veces
 - 3 bastante dolor, pero puedo continuar trabajando
 - 4 dolor severo, hace muy difícil la concentración
 - 5 dolor intenso, incapacitante

Registro diario

Medicación: _____

Fecha: _____

Medicinas																									
Tomadas																									
Intensidad	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								
Hora		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		A.M.									P.M.									A.M					

Apéndice 4

Hojas de registro de ejercicio

La hoja de registro ayuda a mejorar el cumplimiento, al tiempo que permite al terapeuta un método rápido para controlar el ejercicio semanal del participante, como un progreso del tratamiento. La primera vez que se les da la hoja de registro a los participantes, se les ha de explicar en qué consisten las filas y las columnas, con el fin de evitar posteriores confusiones más tarde, durante el tratamiento. La columna marcada como “días” sirve para que el participante anote el día de la semana, empezando por el día siguiente al día en que se le dio la hoja. La columna marcada como “evaluar” se refiere a su propia evaluación acerca de su capacidad durante la primera semana de registro, durante la cual tendrán que anotar sus niveles diarios de ejercicios, sin ajustarse a ellos. De esta semana se obtendrá el nivel medio, a partir del cual es aconsejable que empiecen en la semana 2. Por tanto, desde la segunda semana en adelante, el terapeuta esperará un incremento gradual en los niveles de ejercicio y el cumplimiento de la rutina de ejercicio. El mínimo que se tiene que haber alcanzado en la novena semana del programa es un paseo diario, ligero, de 20 a 30 minutos de duración. Los ejercicios específicos pueden muy bien incrementar de 10 a 20 veces diarias. Se debe hacer notar que esta hoja permite al participante seguir registrando sus ejercicios después de que hayan pasado las nueve semanas de tratamiento.

Apéndice 5

Ejercicios específicos de flexión

Más abajo se puede encontrar una lista de ejercicios generales que pueden ser un buen recurso para los psicólogos que no dispongan de un terapeuta físico para establecer un programa de ejercicios individual para cada participante en particular. La selección de los ejercicios apropiados para cada individuo ha de hacerse en función de la localización de su problema de dolor y de la debilidad muscular que tenga. A los participantes que sufren de cefaleas puede ser bueno animarles a que realicen los ejercicios agrupados en la sección 1 (*a* hasta *c*) y sección 5. Siempre hay que animar a los participantes a que empiecen a niveles muy bajos y que vayan incrementándolos gradualmente hasta llegar aproximadamente a 10 repeticiones de los ejercicios por día. Los ejercicios marcados con un asterisco (*) son particularmente recomendables para los participantes con problemas de dolor en la parte media y baja de la espalda. Sin embargo, todos los ejercicios, si se hacen de manera gradual, pueden ser más que beneficiosos para una persona con dolor crónico.

1. Acostado en el suelo, las rodillas dobladas, con una almohada muy fina debajo de la cabeza y el cuello:
 - a) Girar lentamente la cabeza de un lado a otro.
 - b) Levantar la barbilla, presionando suavemente la almohada con la parte de atrás de la cabeza.
 - c) Levantar los hombros hacia las orejas.
 - d) Agarrarse las manos, doblar los codos, estirar las manos hacia el techo.
 - e) Agarrarse las manos, doblar los codos, estirar los brazos sobre la cabeza.
 - f) Doblar los brazos, estirar alternativamente los brazos sobre la cabeza.
 - g) Encogerse de hombros y estirar los músculos faciales mientras se aspira profundamente. Relajarse mientras se expira.
 - h) * Tensar los músculos del estómago, presionar la espalda contra el suelo (con la pelvis ladeada)

- i) *Con la pelvis ladeada, llevar una rodilla al pecho; luego la otra.
 - j) *Con la pelvis ladeada, llevar un muslo al pecho y extender la pierna en el aire.
 - k) *Con la pelvis ladeada, girar suavemente las rodillas de un lado a otro.
 - l) *Con la pelvis ladeada, estirar una pierna, mientras se lleva la otra al pecho.
 - m) *Con la pelvis ladeada, levantar la cabeza y los hombros para mirar las rodillas.
 - n) *Con la pelvis ladeada, sentarse a medias para tocar las rodillas con las manos.
 - o) Sentarse como pueda y acostarse lentamente (sin brazos).
 - p) Sentarse.
 - q) Levantar la espalda en el aire.
2. Sentado, con las piernas delante, ligeramente dobladas:
- a) Sentarse derecho, meter los puños en las axilas, doblarse a ambos lados.
 - b) Estirar las manos hasta tocar los pies.
 - c) Doblar una rodilla, pasarla sobre la que está recta.
3. Acostado sobre un lado, con la pierna de abajo doblada:
- a) Agarrar el tobillo de la pierna superior, ponerlo a su espalda.
4. Acostado sobre el estómago (con la almohada bajo el estómago):
- a) Doblar las rodillas alternativamente.
 - b) Levantar la cabeza y los hombros.
 - c) Levantar las piernas alternativamente.
5. Sentado derecho (particularmente útil para la gente con problemas en las cervicales y el cuello):
- a) Poner una mano sobre la otra en la frente. Empujar la cabeza contra las manos sin mover la cabeza. Mantener durante unos segundos.

- b) Agarrarse las manos por detrás de la cabeza. Empujar la cabeza hacia atrás, sin moverla. Mantener durante unos segundos.
- c) Colocar la mano derecha en el lado derecho de la cara. Empujar la cabeza contra la mano, sin mover la cabeza. Mantener unos segundos. Repetir al otro lado.
- d) Doblar la cabeza suavemente hacia ambos lados.
- e) Girar la cabeza suavemente hacia ambos lados.
- f) Doblar suavemente la cabeza hacia adelante y hacia atrás.
- g) Encoger los hombros hacia las orejas. Inspirar mientras se encogen y expirar mientras se relajan los hombros.
- h) Agarrarse las manos, ponerlas alrededor de la barbilla, estirar los brazos tanto como pueda.
- i) Agarrarse las manos y estirar los brazos sobre la cabeza.
- j) Agarrarse las manos detrás de la espalda y estirar.

Apéndice 7

Inducción corta a la relajación

Alternativa 1

Ahora me gustaría que empezáramos volviendo la atención sobre usted mismo y viendo cómo se siente, cerrando los ojos, sentado confortablemente en su silla; si quiere, puede quitarse los zapatos; intente darse cuenta, por un momento, donde se localiza la tensión de su cuerpo. Mírese usted mismo, desde lo alto de la cabeza hasta la punta de los pies y vea si hay tensión en alguna parte de su cuerpo.

Altere ahora su respiración, comience a respirar profunda y rítmicamente. ¿Su respiración es jadeante y rápida o es profunda y pausada? Una vez que haya tomado conciencia de su estado actual, quiero que haga que su respiración sea cada vez más profunda, pero muy lentamente, llevando el aire hasta el final de los pulmones y empezando a hacer un cambio lento y suave del aire. Muy lenta y pausadamente, sabiendo que cada vez que saca el aire, que espira, se puede relajar más y más. Sienta su pecho caliente y relajado mientras el aire fluye fuera de sus pulmones.

Y mientras usted está sentado, relajándose y respirando rítmica y profundamente, quiero que intente incrementar la relajación de cada parte del cuerpo a medida que yo las vaya nombrando. Cada vez que yo nombre una parte, intente relajar conscientemente esa parte del cuerpo, mientras espira, exhalando la tensión y utilizando su palabra clave o una imagen para ayudarlo a relajarse.

Por ejemplo, si empezamos con las piernas y yo digo <<*Quiero que relaje sus piernas*>>, quiero que se diga a si mismo <<*relájate*>> mientras echa fuera el aire y exhala la tensión desde lo alto de su cadera hasta los pies. Asegúrese de que no hay tensión en ninguno de esos músculos. Asegúrese de que los dedos de los pies están descansados, las piernas, las rodillas, las espinillas, los muslos, están pesados y relajados, exhalando la tensión, y a medida que espira, se dice a si mismo <<*relájate, déjate ir*>>, exhalando la tensión, o utilizando esa imagen evocadora que le ayuda.

Cualquier clave que haya usted asociado con la relajación profunda, debe repetírsela mientras echa el aire.

Ahora, vamos a pensar en sus brazos. ¿Están tan relajados cómo podrían? Si no, en la siguiente espiración, haga que estén muy pesados y cansados, colgando a su lado, respirando profunda y pausadamente. Bien. Asegúrese de que siente sus hombros muy pesados. Exhale la tensión.

Ahora vamos a pensar en sus nalgas, estómago y en su abdomen. Asegúrese de que no están tensos. En la espiración, deje ir todos los músculos, respirando profunda y pausadamente. Deje ir la tensión con el aire que expulsa, de modo que la mitad de su cuerpo está ahora relajada y pesada y sus piernas y sus brazos y su pecho están ahora relajados. A medida que respira, siente el calor que se expande por su pecho, y los músculos se relajan más y más.

Ahora piense en sus hombros. ¿Están realmente relajados? Podrían relajarse un poco más ahora, con la siguiente espiración. Libere la tensión de los hombros, déjeles caer, no han de reposar necesariamente en los brazos de la silla, pero les deja caer tan sueltos que el peso de los hombros libera la tensión del cuello. Respire profunda y pausadamente.

Ahora piense en su cuello. Asegúrese que está equilibrado sobre los hombros. Ahora deje que la tensión del cuello se vaya, que baje del cuello, atraviese los hombros y se vaya por los brazos. O si lo prefiere, deje que la imagen de la tensión fluya hacia abajo por su espalda, el <<agua>>de la tensión fluye, mientras usted respira suave y profundamente. Relaje la parte delantera del cuello, relaje la parte posterior del cuello, exhalando la tensión, diciéndose a sí mismo <<relájate>>, respirando profunda y pausadamente.

Ahora piense en los músculos de su cara. Todos esos pequeños músculos alrededor de sus ojos, sobre el puente de su nariz, en sus sienes y en su mandíbula. Deje que todos los músculos se relajen mientras expulsa el aire, deje que su mandíbula se abra ligeramente y que su lengua ocupe la parte delantera de la boca, relaje su garganta y su boca, su mandíbula, todos los músculos de sus ojos. Imagine sus cejas moviéndose lentamente

hacia las orejas, muy suavemente, y entonces, alargue sus músculos. Desde lo alto de su cabeza hasta la base del cráneo, deje que la tensión fluya hacia abajo, desde lo alto de la cabeza, respirando profunda y pausadamente. Bien.

Ahora que esta relajado, quiero que en cada exhalación, utilice la palabra clave o la imagen, para relajarse más y más, diciéndose a sí mismo, <<relájate, relájate, relájate>>, y disfrutando de la profunda relajación de sus músculos, que ha podido alcanzar en tan poco tiempo.

Y ahora, brevemente, ocupe su mente con una imagen tranquilizadora, visualizándola claramente y manteniéndola allí, no permita que ningún otro pensamiento le distraiga, respirando profunda y pausadamente, relajándose más y más. Bien. Manténgase respirando y relajándose más y más. Si otros pensamientos acuden a su mente, apártelos suavemente hacia un lado. Mientras esta aquí sentado, pensando en su escena, quiero que disfrute del sentimiento de profunda relajación de su cuerpo y su mente, de esa relajación que ha alcanzado en un periodo de tiempo muy corto.

Ahora quiero que salga de la relajación, lentamente, mientras cuento hacia atrás desde 5. Cinco, mueva los dedos de los pies y de las manos; cuatro, mueva las rodillas y las piernas; tres, empiece a salir de la relajación, y mientras sale, se siente descansado y fresco, como si acabara de salir de una corta siesta; dos, bostece y desperécese; uno, abra los ojos.

Alternativa 2

Ahora me gustaría que hiciese es caminar conmigo y bajar diez escalones hasta una relajación profunda. Quiero que se imagine, con los ojos cerrados, como está usted, sentado cómodamente en esta silla. Imagínese a usted mismo, de pie, en lo alto de un tramo de escalera de 10 escalones; nosotros vamos a ir bajando esos escalones juntos. Al final usted estará completamente relajado.

En el *primer escalón*, quiero que perciba su respiración. Procure que esta sea lo más profunda y pausada posible y recuerde que, cada vez que expulsa el aire, puede lograr que la relajación de su cuerpo se haga cada vez más profunda, y que, haciendo la respiración rítmica, puede conseguir relajar todo el sistema, respirando profunda y pausadamente. Mire a ver si puede establecer un patrón de respiración en este primer paso, que pueda mantener a lo largo de todo el descenso.

Vamos ahora a bajar el segundo escalón, manteniendo su respiración profunda, y recuerde, en cada espiración relaje sus piernas y sus brazos completamente, que cuelguen como si fueran pesos muertos, miembros pesados, colgantes, casi disociados de su cuerpo. Exhale toda la tensión en cada espiración, profunda y pausada. Se siente pesado y relajado. Bien.

Ahora bajamos al tercer escalón y quiero que piense en sus nalgas, estómago y pecho. Intente relajarlos un poco más. En cada espiración, deje ir las nalgas, deje ir el estómago y el abdomen, de modo que cada vez estén más relajados y a gusto. Respires profunda y pausadamente. Bien.

Ahora vamos a bajar el cuarto escalón hacia la relajación completa y vamos a trabajar en la tensión del cuello y los hombros. A ver si puede relajar los hombros y el cuello un poco más. Utilice cada espiración para eliminar la tensión del cuello y que esta fluya por los hombros y por la espalda y salga de su cuerpo, respirando profunda y pausadamente. Bien.

Ahora vamos a concentrarnos en los músculos de la mandíbula y la cara. Deje relajar su mandíbula en la siguiente espiración. Deje que la mandíbula se abra y deje que toda la tensión de su mandíbula desaparezca con el aire que expulsa; que desaparezca la tensión de las sienes y de todos los músculos de alrededor de los ojos y de la frente, alargue las cejas, alise suavemente las arrugas de su frente, aparte la tensión de sus músculos, respirando profunda y pausadamente. Bien. Siga respirando y relajándose.

Ahora vamos a bajar el quinto escalón y quiero que relaje su cabeza, desde lo más alto hasta la columna vertebral. Imagine que la tensión fluye, como si fuera agua, de lo alto

de su cabeza, baja por su nuca y por su columna, y le deja descansando cómodamente en la silla, deje que la silla acoja todo su peso, respirando profunda y pausadamente, relajándose más y más.

Y bajamos el siguiente escalón. Quiero que distinga cualquier diferencia que haya entre las dos partes de su cuerpo. Imagínesse una línea imaginaria que corre a lo largo de su nariz hasta el centro de su cuerpo, y mire si los dos lados de su cuerpo están perfectamente equilibrados. Si detecta que uno de los lados del cuerpo está más tenso que el otro, en la próxima espiración concéntrese en ese lado, reduciendo la tensión más y más dejando que la tensión desaparezca por completo, haciendo que este lado sea igual que el más relajado, relajándose más y más. Bien.

Y ahora en el séptimo escalón, quiero que empiece a relajar su mente también. Focalice su atención en una imagen sedante, tranquilizadora, muy lejos de aquí, y si vienen otros pensamientos a su mente, apártelos suavemente a un lado, ya los considerara en otro momento. Ahora quiero que se concentre totalmente en una única imagen, una imagen sedante. Respire profunda y pausadamente, relájese más y más. Mantenga la imagen en su mente y explórela. Bien.

Ya estamos bajando el octavo escalón, y quiero que, en cada espiración, se diga a si mismo alguna palabra que asocie con una relajación profunda como la que está experimentando en estos momentos. Podría ser <<relájate>>, <<relájate>>, <<cálmate>>, <<déjate ir>>, o puede ser una palabra que le recuerde cualquier imagen que sea muy sedante para usted. (<<El mar>>, <<la playa>>, <<el cielo>>) estas palabras pueden evocar en usted ese estado placentero, sedante, equilibrado que ha logrado alcanzar tan rápidamente.

Y en el noveno escalón, vuelva a su imagen tranquilizadora. Manténgala en su mente y disfrute del sentimiento que experimente ahora, su cuerpo está completamente relajado y equilibrado. No hay nada en lo que necesite pensar excepto en esta escena sedante.

Y finalmente, bajamos al último escalón, hacia el final de la escalera, está completamente relajado y tranquilo, su cuerpo esta pesado y cansado y su mente está en

paz, equilibrada, mantiene la imagen placentera y sedante. Y cuando se vuelva, para subir los escalones, notara que retiene esa sensación de paz, que seguirá estando muy tranquilo, y despierto, durante todo el día. Tranquilo, pero ya despierto. Estas cosas no son incompatibles. Se sentirá fresco, como si hubiera dormido pequeña siesta.

Y comienza a subir de nuevo los escalones, y a medida que camina, su cuerpo se va despertando. Nueve, mueva los pies y los dedos. Ocho, mueva los dedos de las manos. Siete, extienda los brazos, note la extensión. Seis, mueva las piernas, estire las piernas un poco. Cinco, mueva los hombros. Cuatro, mueva un poco la cabeza. Tres, abra los ojos y la mandíbula. Dos, y uno, vuelva a donde empezó, a lo alto de la escalera.

Apéndice 8

Formulario de Comparación de Estrategias

Estrategias De Dominio Del Dolor

Indicaciones: indique con una señal que técnicas han demostrado ser útiles para usted, en el registro de esta semana, indicando sus efectos ('=estrategia intentada; + = reduce el dolor; - = incrementa dolor; **NE** = no efecto). Obtenga una conclusión final (en la última columna), después de haber intentado las estrategias varias veces. Indique con un asterisco (*) cuales son los métodos más favorables para usted.

Estrategia	N de ensayos y efectos (+, -, NE)	Decisión sobre utilidad (+, -, NE)
Respiración diafragmática (profunda y regular)		
Relajación progresiva		
Relación de inducción corta (por clave)		
Visualizar imágenes sedantes		
Focalización externa (sonido y estímulos no corporales)		
Distracción mental (calculo, pensamientos, recuerdos)		

Revaloración: <ul style="list-style-type: none">• Transformación del dolor• Transf. Contexto y/o situación• Redefinición del dolor• Negación del dolor• Limitación del dolor• Relocalización del dolor• Relocalización de pensamientos		
Habla interna/ Autoexpresiones		
Persistencia/ No evitación		
Distribución de la actividad		
Reducción/eliminación ansiedad		
Ejercicio		
Expresión directa de necesidades/ asertividad		
Drogas		
Otros: <ol style="list-style-type: none">1. _____2. _____3. _____		

Apéndice 9

Material para los participantes

Sesión 1. El acercamiento del autodomínio del dolor

Orientación

Me gustaría empezar explicándole las razones de por qué abordamos el problema de dolor desde la orientación del autodomínio del dolor, que ha demostrado ser la mejor forma de ayudar a la gente con problemas de dolor crónico. También quisiera explicarle detalladamente qué implica el tratamiento y por qué ha sido seleccionado para formar parte de un grupo de tratamiento.

Usted está aquí debido a su problema de dolor (por ejemplo, dolor de cabeza, facial, de espalda), problema que ha perdurado durante un cierto tiempo y para el cual no encuentra solución. De hecho, para muchos de ustedes, el problema ha empeorado con los años; y aunque han visto a muchos especialistas, no han encontrado ninguna solución desde el punto de vista físico.

Durante este tiempo su problema de dolor ha sido considerado del mismo modo que un dolor agudo, o un daño físico (por ejemplo, cuando se dobla un tobillo). Los médicos han estado buscando indicios de daño físico o debilidad que pueda asociarse con el dolor que siente.

Cuando usted se hace daño en la piel, en los músculos, etc. la zona herida envía un mensaje, muy rápidamente, hasta el cerebro (véase figura 1). Estos mensajes son interpretados por el cerebro y la persona empieza a ser consciente de su malestar..., del daño que se ha hecho..., empieza a sentir dolor.

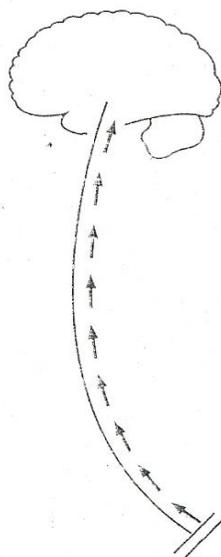


Figura 1.—Visión tradicional del dolor, como consecuencia, por ejemplo, de la lesión en una pierna.

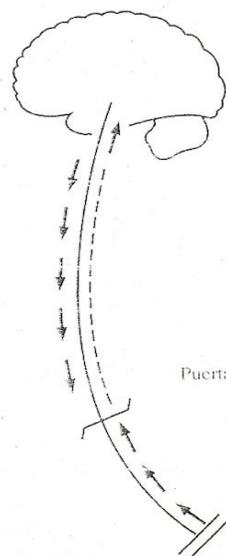


Figura 2.—Visión contemporánea del dolor, como consecuencia de, por ejemplo, una lesión en una pierna.

El dolor/sufrimiento tiene una función muy importante, ya que hace que:

1. apartemos la zona afectada para evitar más daño o peligro;
2. busquemos un sitio protegido para descansar; y
3. eliminemos o reduzcamos las actividades y compromisos habituales.

Todas estas acciones permiten que el tejido se cure y sane. Una vez que está curado, y que ya no duele cuando se usa o se mueve, y una vez que uno *ha visto* que el daño ha sanado, uno vuelve gradualmente a las actividades normales. La cantidad de sufrimiento que se experimenta tiene mucho que ver con el daño que uno se ha hecho.

Los expertos se han dado cuenta ahora de que éste es un modelo de dolor demasiado simple. Aunque algunas veces pueda usarse para el dolor agudo, tiene muy poco sentido, cuando se consideran los problemas de dolor crónico o persistente.

Si su problema de dolor empezó con una lesión en la espalda o en la cara, esa lesión se habría curado aproximadamente seis semanas después. *Y sin embargo, el dolor continuaba.* Si su dolor se había desarrollado sin ninguna lesión externa (como el dolor de pecho, de cabeza o de mandíbula), no hay ningún tejido dañado y, *sin embargo, el dolor persiste.*

En estos casos, la táctica de descanso y reducción de las actividades habituales no comporta ningún alivio, y puede, en cambio, hacer que el dolor sea más fuerte. ¿Por qué? Los mensajes que llegan al cerebro desde los músculos, la piel, ligamentos y órganos internos, son sólo uno de los ingredientes: para determinar el dolor y el sufrimiento. Es necesario tener en cuenta otros factores se hace más importante cuando el dolor continúa *después de que el tejido haya sanado*, o cuando el dolor aparece en episodios continuos y repetidos (por ejemplo, el dolor de cabeza, que aparece sin aparente daño físico).

Los mensajes que “suben” al cerebro se ven afectados o modulados por mensajes que “bajan” del cerebro. Así, se puede cambiar la intensidad del impulso nervioso o incluso bloquearlo. Los científicos ven ahora el dolor como un mecanismo muy parecido a una puerta que puede influir en la cantidad de mensajes nerviosos que llegan al cerebro para que éste los interprete.

Le voy a mostrar algunos ejemplos de cómo funciona esta “puerta”.

1. Herida de fútbol: Si usted se hiere una pierna en un partido de fútbol, mientras pelea por mantener el gol de ventaja, seguramente, no se dará cuenta de la herida que se ha hecho, hasta que el partido acabe.

2. Heridas de batalla: En muchos estudios acerca de los heridos de la Primera Guerra Mundial, muchos soldados dijeron que no habían sentido dolor en el campo de batalla, cuando fueron heridos; pero cuando estaban a salvo, en el hospital, pedían más analgésicos que los que se recuperaban de operaciones abdominales extensas.
3. Si se agarra un dedo con la puerta del carro, el dolor que experimentará, y las acciones que realizará posteriormente, se verán afectadas por la situación en que usted esté:
 - Si iba a recoger un premio.
 - Si iba al dentista a que le quitar una muela.
 - Si estaba cuidando a un hijo suyo, gravemente enfermo.
4. De noche, en la cama, sin ninguna distracción, muchos de ustedes habrán notado que el dolor se hace más intenso e ingobernable. Uno no tiene distracciones en la oscuridad, en el silencio y además del potente efecto del foco de atención (ya se explicará qué es eso más adelante), uno se siente bajo de ánimo, indefenso, derrotado, y en ese estado mental hace que el dolor sea más intenso.

Está claro, desde nuestra propia experiencia, y los científicos lo han confirmado después, que *el dolor está afectado por muchos factores, y no sólo por la extensión de la lesión*. Los expertos han identificado una serie de factores que pueden influir en el sufrimiento de la persona. Dicho de otro modo, han identificado los factores que influyen en la posición de la “puerta”, y, por tanto, en la cantidad de estimulación que llega al cerebro para que éste la interprete.

Factores que influyen en los niveles de dolor

Ahora vamos a ver los factores que hacen que se “abra la puerta”, es decir, que empeoran el dolor. Pueden ser de varios tipos:

1. Factores físico

- Extensión del daño y/o de los cambios degenerativos.
- Extensión de la cicatrización residual y otras reacciones físicas al daño después de la curación (por ejemplo, condiciones de circulación, inflamaciones y otros cambios del tejido liso).
- Cambios no específicos, por ejemplo, estenosis espinal ligera², pérdida de simetría.

² La estenosis se refiere a la estrechez de un conducto, en este caso es la estrechez del canal espinal. Cuando una persona tiene estenosis espinal, significa que el espacio en los huesos de la columna vertebral se ha estrechado en una o más de tres partes,

- Mal funcionamiento del sistema muscular o arterial, debido probablemente a una debilidad hereditaria.
- Tensión muscular.

2. Factores emocionales

- Ansiedad, preocupación, tensión.
- Ira y altos niveles de excitación.
- Depresión.

3. Factores mentales

- Grado de localización de la atención en el dolor.
- Aburrimiento (a menudo es producto de la reducción de actividades para combatir el dolor).
- Creencias y actitudes acerca del significado del dolor (por ejemplo, compare la intensidad de un dolor en el pecho si cree que se debe a una indigestión o si cree que se debe a un ataque cardíaco. *No se siente lo mismo*, pero es el mismo dolor).
- Falta de control sobre el dolor (baja tolerancia al dolor). Muchos pacientes de dolor crónico sienten que no pueden controlar su dolor. Un comentario típico es: “El dolor controla mi vida”.

Sin embargo, de la misma manera, es evidente que se puede llegar a reducir el dolor por factores similares a estos. La “puerta” se puede “cerrar”, de modo que reduce o previene los impulsos nerviosos que llegan al cerebro, y por tanto, reduce la intensidad del dolor.

Los factores que “cierran la puerta” y reducen los niveles de dolor son los siguientes:

1. Factores físicos

Éstos son los más frecuentemente utilizados por los médicos para reducir el dolor de sus pacientes:

- Drogas (sedantes, antiinflamatorios, analgésicos, etc.)
- Contraestimulación (calor, masaje, acupuntura).
- Cirugía
- Reducir la tensión muscular y la activación nerviosa.

2. *Factores emocionales*

- Clama y relajación.
- Reducir la ansiedad y, cuando sea posible, aumentar el optimismo y el placer (reducir la depresión).
- Aislamiento/Descanso.

3. *Factores mentales*

- Distracciones (intensa concentración).
- Focalización externa de la atención (por ejemplo, en el ambiente, fuera del propio cuerpo).
- Actitudes de enfrentamiento activo y de control sobre el dolor.

Todos ustedes son capaces de identificar algunas de estas influencias en su propio sufrimiento, aunque, por supuesto, hay diferencias individuales. Algunos de ustedes encontrarán que algunos factores son más potentes, más relevantes que otros. La relación entre estos factores es compleja y varía de una persona a otra. Ésta es la razón por la que utilizamos un “tratamiento buffet”, por la que les damos diversas técnicas para dominar el dolor y por la que les pedimos que las prueben todas y que decidan cuál es más útil para su problema.

Alguno de los factores que afectan al dolor, sólo son efectivos cuando se trata de dolor agudo; sin embargo, en problemas de dolor crónico son inadecuados. Aunque se comentará esto más adelante, me gustaría que considerase el efecto de:

1. Drogas: Adicción, efectos colaterales (pobre concentración, mareos, fatiga...), tolerancia e incluso, exacerbación del dolor después de un uso prolongado.
2. Descanso/inactividad: Aunque es un impulso útil y natural después de un daño agudo, en el dolor crónico produce aburrimiento, depresión, atrofia muscular, debilidad, soledad y preocupaciones por todo ello. Todas estas reacciones hacen que el dolor sea más severo. Así pues, una estrategia útil para facilitar la curación de un daño agudo, puede empeorar el dolor después de la curación.
3. Cirugía: A menudo provoca nuevos problemas físicos: cicatrización del tejido, sensibilización de la zona afectada, y, en algunos casos, el dolor continúa o aumenta.

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

Es importante que comprenda que el dolor que siente no depende únicamente de los cambios físicos. También está influido por los cambios emocionales y mentales, que usted puede utilizar en su favor; puede aprender a modificar y dominar el dolor, de forma que pueda controlar el grado de dolor que va a sentir. Las causas físicas que ha estado buscando son sólo un paso preliminar en el enfrentamiento con el dolor crónico. En esta situación, otros aspectos son mucho más importantes. Por ejemplo, se desarrollan varios círculos viciosos, que explicaremos más adelante, que pueden empeorar el dolor. El programa de tratamiento que ha decidido realizar le enseñará cómo controlar y dominar su propio dolor.

A muchos de ustedes, cuando los expertos a lo que acudió no han podido curar su dolor por medios físicos, les habrán dicho que el dolor está “en sus mentes”. Parece que estos expertos negaran la validez de su experiencia del dolor y la colocaron en su imaginación. Si mira atentamente en la figura 2, y piensa detenidamente en ella, se dará cuenta del error de esos doctores. Todo dolor está, en efecto, en la mente (¡porque nuestro cerebro lo interpreta como dolor!). Los mensajes suben al cerebro, donde se interpretan; y eso es así tanto si uno se corta el dedo como si tiene un dolor de espalda continuo. Sin embargo, con el dolor crónico, las reacciones mentales y emocionales ante el dolor hacen que éste empeore. La forma en la que se enfrenta al dolor puede provocar más problemas, “abrir la puerta” más. La reacción del médico está basada en el modelo tradicional (figura 1), y de ahí su frustración cuando la sola intervención física no sirve de nada.

Le voy a explicar de forma precisa cómo sus reacciones ante el dolor continuo lo pueden empeorar. Cuando uno se hiere de cualquier forma, deja de hacer cosas y descansa para facilitar la recuperación. Pero en su caso, parece que el descanso, en vez de hacerle recuperarse, empeora el dolor. El aislamiento provoca el aburrimiento y la depresión. Su vigor físico empieza a decrecer. Usted empieza a fatigarse cada vez más fácilmente, forzando sus músculos, cuando antes hacía lo mismo sin esfuerzo. Se sabe que en una semana de total inactividad, un músculo pierde un tercio de su tamaño y potencia. Si ve la pierna o el brazo de alguien cuando le quitan un yeso, se dará cuenta de lo delgado y débil que parece.

Estando solo y sin distracción, el dolor es más intenso. Uno se fija en él, y eso por sí solo, hace que la tolerancia al dolor disminuya.

Uno empieza a tomar drogas, para aliviar el sufrimiento y las drogas llegan a ser adictivas y a tener efectos colaterales (como pensamiento confuso, somnolencia, trastornos gástricos...). Las

drogas pueden reducir o detener la propia producción de morfina natural, una sustancia que, en otros casos, sirve para reducir la consciencia del dolor. En estas condiciones, uno empieza a sentirse deprimido, sin ganas de hacer nada... indefenso y derrotado por el dolor.

Ahora, si volvemos a revisar la lista de factores que hacían que el dolor empeorase, nos daremos cuenta de que casi todos ellos aparecen *como consecuencia* a nuestra reacción ante el dolor prolongado. Se han desarrollado al menos tres círculos viciosos interrelacionados (figura 3).

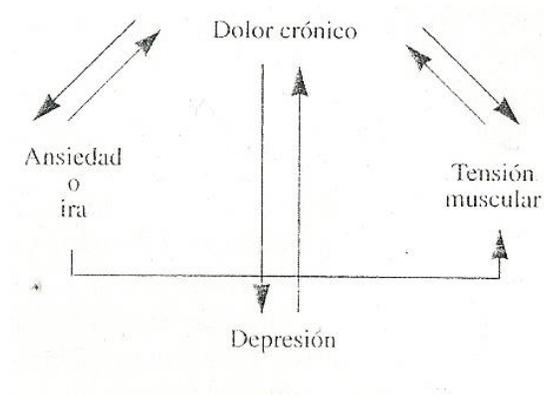


Figura 3.— Círculos viciosos.

A la vista de estos círculos viciosos, hemos desarrollado métodos, diseñados específicamente para:

1. Romper esos círculos.
2. Enseñarles formas alternativas de enfrentamiento con el dolor, que le ayuden a “cerrar la puerta” y a reducir las sensaciones de ansiedad y depresión, de modo que usted tenga el control sobre su problema por sus propias acciones.
3. Animarle a que adopte estilos de vida distintos, que le ayuden a mantenerse bien y a que sea capaz de utilizar los métodos que le enseñaremos.

El método se llama *Autodominio del dolor crónico*

Para ser precisos, este método comporta:

1. Nueve sesiones de hora y media, en semanas consecutivas, para enseñarles las habilidades de autodominio del dolor que necesita.

2. Asignaciones de trabajo diario en casa, practicando las habilidades que se enseñaron en cada sesión.
3. Incremento gradual de la actividad diaria en casa y de los ejercicios específicamente diseñados para adaptarse a sus necesidades, para fortalecer y tonificar sus músculos.

¿Qué se puede esperar?

Para muchos de ustedes, el problema de dolor no es nuevo, lo vienen sufriendo desde hace algunos años.

Un acercamiento al problema, basado en el autodomínio, les proporcionará progresos graduales y firmes, pero no milagros repentinos. Se requiere su trabajo activo fuera de las sesiones, practicando habilidades y considerando que, de ahora en adelante, el problema va a estar dirigido y controlado por usted. Cuando acaben los dos meses de tratamiento, habrá comenzado a hacer progresos, y continuará haciéndolos después. Me gustaría que considerase las sesiones como el principio de una nueva forma de enfrentarse con el problema, una forma lenta y gradual, pero persistente. Mientras vaya progresando, aunque sea lentamente, llegará a alcanzar sus metas.

Éste es el acercamiento que ha demostrado ser más útil y que ahora se usa, con pequeñas diferencias, en todos los centros de dolor en Canadá. Aproximadamente el 80 por 100 de los pacientes mejoran con este método, incrementa su capacidad de disfrute y participación en sus vidas, dejan de utilizar drogas y reducen su depresión.

Tratamiento grupal o individual

Este tratamiento se puede hacer individualmente, pero es igual (o más) potente si se realiza en pequeños grupos de individuos con problemas de dolor crónico.

1. Aunque hay diferencias entre ustedes en cuanto a localización del dolor y reacciones ante él, hay hechos comunes muy sobresalientes:
 - a) Cambios de humor: depresión, ansiedad, frustración (indefensión).
 - b) Reacciones musculares ante el dolor (y ante otros estresores) en cabeza, cuellos y espalda (tensión muscular/espasmos, debilidad muscular...)
 - c) Abandono de las actividades sociales, o por el contrario, excesivos compromisos.
 - d) i) reducción de ejercicio físico y actividades generales (figura 4.a.)

ii) para una minoría de las personas con dolor crónico, estos abandonos de la vida social y el ejercicio aparecen entre períodos de excesiva actividad o esfuerzo, sólo cortados por los episodios de dolor (figura 4.b.). Algunas veces, las personas informan que antes respondían al dolor con una actividad excesiva, pero que con el paso del tiempo, la abandonaron y han acabado totalmente inactivos.

2. La gente está más inclinada al cambio si cuenta con el apoyo y el estímulo de un grupo cuyos miembros también están luchando por el mismo problema. Los otros miembros del grupo comprenden cómo se siente usted.
3. Las mismas técnicas son relevantes (con algunos pequeños ajustes) para todos ustedes, y por tanto, se obtiene una mejor relación coste/efecto si se enseñan, explican y demuestran a un grupo. Esto reduce el tiempo de tratamiento, un factor muy importante para cada uno de ustedes.

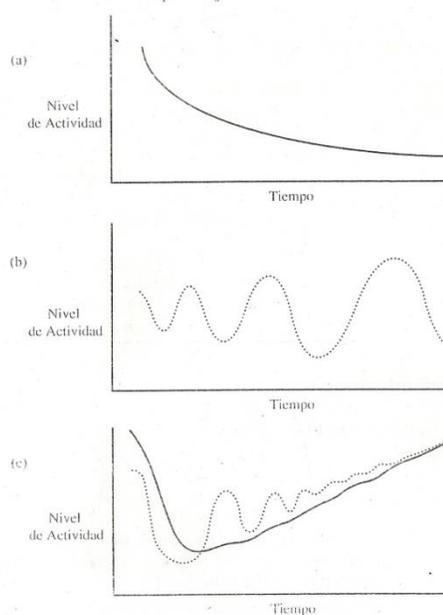


Figura 4.— Niveles de actividad.

Determinar un conjunto de metas y actividades

El primer paso importante en el tratamiento es pensar clara y específicamente cuáles serán las metas para las próximas nueve semanas. A menudo, un problema de dolor prolongado interrumpe cualquier esfera de la vida: el trabajo, el ocio, las relaciones con los demás, el sueño, el deseo y la capacidad para hacer ejercicio. Es muy difícil encontrar una actividad que no esté interferida por el dolor. El dolor se convierte en un tirano que rige nuestra vida, hasta tal punto,

que es difícil incluso pensar en lo que nos gustaría hacer, porque inmediatamente, surge el pensamiento: ¿Podré? ¿Me dejará el dolor hacer esto?

Al cabo de los años, llega a ser difícil pensar en cualquier cosa que no sea cómo parar el dolor.

Por tanto, ahora es importante que cambiemos nuestro enfoque y empecemos a pensar de forma constructiva qué es lo que nos gustaría hacer durante el período de tratamiento los próximos dos meses. Para ello:

1. Piense muy específica y detalladamente las actividades que desearía comenzar. Por ejemplo, uno puede pensar “aprender nuevas habilidades”. Trate de ser más específico; ¿qué habilidades desea aprender? Intente definir las metas lo más detalladamente posible: “Aprender costura dos tardes por semana”.
2. Piense en metas realistas y realizables, que pueda alcanzar de forma gradual. Por ejemplo, respecto al ejercicio, no se ponga como meta correr 1km en cuatro minutos. Esto es poco realista y, seguro que le hace fallar. Por el contrario, piense en metas como “hacer todos los días 20 minutos de ejercicio”.
3. Escoja la menos una actividad que desee realizar en cada una de las siguientes áreas:
 - Trabajo (pagado o no pagado; en casa o fuera).
 - Actividades de ocio/placenteras.
 - Ejercicio físico.
 - Actividades sociales (familia, amigos...)

También puede fijarse metas específicas que no estén incluidas en estos apartados:

- Sueño:
 - ✓ eliminar el uso de píldoras para dormir;
 - ✓ establecer un horario de sueño regular;
 - ✓ dejar de dormir o acostarse durante el día.
4. NO utilice la palabra “dolor” cuando complete la hoja de metas.

Clarificación de metas

1. Trabajo: Para mucha gente, dejar de trabajar supone, no sólo dejar de percibir unos ingresos, sino también perder su autoestima y su capacidad para ocuparse de sí mismos.

Es importante mantenerse activo mental y físicamente. Si lo hace así, conseguirá influir en la “puerta” y reducir su experiencia de dolor.

Utilice esta sección para establecer metas respecto al trabajo que quiere realizar, ya sea éste en casa o fuera de casa, pagado o no pagado.

2. *Ocio*: De forma similar, es muy probable que haya reducido las cosas que le dan placer, que hacen que disfrute de la vida, por culpa del dolor. Ahora debe pensar en reemprender esas actividades placenteras o en buscarse otras nuevas. Si no puede dedicarse, por ejemplo, a cuidar el jardín, piense en la fotografía. Es importante que vaya incrementando el número y la extensión de las actividades que le gustan, de forma diaria. Todos los días debe tener algo que le guste hacer, que le ayude a concentrarse y olvidar el dolor durante un rato. En este sentido, las actividades que elija no deben estar relacionadas con el dolor (no puede escoger, por ejemplo, “ir al acupuntor”, aunque le guste).

3. *Ejercicio*: Es un componente esencial del tratamiento, y una de las primeras actividades que se abandonan cuando se tiene un problema de dolor. Y este abandono provoca, como se explicará más adelante, no sólo que uno esté débil y poco flexible, sino también la reducción de la capacidad del propio cuerpo de tolerar el dolor.

Escoja una meta que pueda alcanzar durante el tratamiento. Una meta razonable podría ser “hacer ejercicio diariamente durante 20 minutos seguidos”. Si ya hace eso, puede incorporar cualquier otro deporte (por ejemplo, nada y caminar), o hacer su meta ligeramente más difícil (por ejemplo, incrementar el ritmo del ejercicio).

Los ejercicios más apropiados para el dolor de espalda son caminar, pedalear (preferiblemente, en bicicletas de ejercicio) y nadar.

4. *Actividades sociales*: Al considerar las metas de esta categoría reflexione sobre lo aislado que puede haber llegado a estar, en la cantidad de amigos con los que ya no se ve, en el tiempo que pasa con la familia y los amigos. Si ha ido abandonando poco a poco sus actividades sociales, piense en cómo puede invertir esta tendencia, de forma gradual, durante las semanas siguientes.

5. *Otras*: Utilice esta quinta categoría para lo que desee. A menudo es el lugar escogido para plantearse metas de reducción o abandono de la medicación, o mejorar el sueño; pero puede plantearse las metas que desee (perder o ganar 3 Kg., por ejemplo).

Complete una hoja de metas utilizando las categorías definidas. Deje a su familia que la vea. Quizá le pueden sugerir otras metas y además, así sabrán claramente cuáles son las que usted intenta alcanzar en un futuro cercano.

Sesión 2. Relajación

Tensión y niveles de dolor

Recuerde que uno de los factores que influían en la intensidad del dolor era su nivel de tensión muscular. Si se siente usted estresado, molesto o enfadado, su nivel de tensión se eleva y la puerta se abre. En esos momentos, uno siente que el dolor se hace más fuerte. Por el contrario, si consigue mantenerse relajado, puede dominar mejor su dolor, y además, la elevación brusca de la tensión muscular será menos probable.

Además de otros estímulos externos, el dolor por sí solo puede ser causante de esa elevación del tono muscular. Cuando un dolor es continuo, la persona tiende a mantener permanentemente niveles elevados de tensión en músculos determinados. Además, algunos grupos de músculos se contraen automáticamente como respuesta al dolor. Esto es muy apropiado en el caso de daño agudo, porque contribuye a la inmovilización de la zona afectada y facilita su curación. Ahora bien, esta respuesta automática, aparece también en el dolor crónico, pero ahora es perjudicial. Lo que ocurre frecuentemente es que uno no es consciente del nivel de tensión de algunos músculos (por ejemplo, es difícil que se dé cuenta de si sus hombros están tensos o los dientes le rechinan).

Recuerde el cuadro de los círculos viciosos (figura 3). Ahora, piense en la forma de romper uno de esos círculos, la de: dolor crónico ---→ tensión muscular ----→ dolor. Debido a la interrelación de factores, reducir o eliminar este círculo puede ayudar a la reducción de los otros problemas (como la ansiedad). Para los que sufren dolor de cabeza, el dolor puede aparecer, cuando están descansando, debido al estado de tensión prolongado que han mantenido anteriormente. Para otros, en cambio, el dolor aumenta a medida que se eleva la tensión, y disminuye al descansar. En cualquier caso, es necesario mejorar su capacidad de relajarse cuando quiera, rápida y profundamente. Este estado no es el de la relajación ordinaria (como cuando está acostado en el sillón viendo T.V). Usted permanece alerta y con control. De hecho, el sueño no es un período totalmente libre de tensiones, hay mucha gente que sueña o que duerme mal. A veces, uno tiene relajado el cuerpo, pero muy activa la mente. El entrenamiento que le proponemos le permitirá alcanzar la calma física y emocionalmente en un período de entre 5 y 8 minutos. Al principio, tendrá que entrenarse acostado o sentado en un sillón cómodo; pero a medida que avancen sus habilidades, podrá relajarse totalmente, en pocos minutos,

sentado, en el trabajo o en casa. Cuando alcance este nivel, podrá relajarse varias veces al día, para prevenir el aumento de la tensión muscular y las reacciones emocionales ante el estrés.

Ser capaz de relajarse a voluntad es una habilidad, y debe usted de practicar dos veces al día, entre sesión y sesión. Al principio, necesitará 20 minutos cada vez que se relaje, pero en tres o cuatro semanas, será capaz de relajarse en poco tiempo.

El método se llama Relajación progresiva (Estrategia 1).

1. Como su nombre indica, supone una relajación sistemática, por turno, de diversos grupos musculares. Al principio del entrenamiento, si se combina con una tensión inicial del músculo antes de la relajación, aumentan los efectos de la relajación y se facilita la percepción de los niveles de tensión. A medida que uno se va haciendo consciente del nivel de tensión de sus músculos, es capaz de relajarlos ante el primer indicio de la aparición de la tensión.

A medida que progresa, se hará más consciente de incremento de la tensión de determinados grupos musculares, y será capaz de reducirla. Teniendo todo el cuerpo relajado, será capaz de detectar zonas determinadas que son más difíciles de “dejar ir”.

2. Además de la relajación muscular, se le enseñará a hacer la respiración diafragmática, para que su relajación sea aún más profunda. Combinar la relajación con la exhalación, provoca una liberación de la tensión muy efectiva, así como el autocontrol sobre la tensión, física y emocionalmente. Además, este método le permite evocar rápidamente el estado de relajación, y se utiliza como una estrategia de relajación por claves, que se enseña en una sesión posterior.

Recuerde: No fuerce demasiado su tensión antes de liberar y relajar el músculo. Sólo es necesario un poco más de tensión de lo normal, de forma que puedan compararse los dos estados. Cuando trabaje los músculos cercanos a la localización del dolor, hay que ser muy cautos y tener mucho cuidado. En los grupos musculares distantes del área del problema o en aquellos que utilice más frecuentemente (tobillos, antebrazos, etc.) puede tensar más antes de su relajación.

“Leer” el propio autorregistro

Debe tener en cuenta la variación hora a hora y día a día de los niveles de su problema de dolor. Esto le permitirá comprender y predecir, los cambios en el problema y los efectos que esos cambios tienen en usted.

Aunque haya tenido esta información durante años, la mayoría de las veces es confusa, poco clara; su memoria está llena de recuerdos de los ratos más difíciles y más molestos del día, que, al recordarlos, parecen interminablemente largos.

Ahora que ha estado registrando sus niveles de dolor durante las últimas semanas, se habrá dado cuenta de la gran variabilidad de la experiencia de dolor. Usted habrá notado:

1. Primero que el dolor no permanece constante, en el mismo nivel, a lo largo del día. Esto quiere decir que el dolor tiene una influencia variable en su vida, y que no es un suceso continuo, interminable, que le afecte siempre.
2. Segundo, que el nivel de dolor permanece estable durante la realización de muchas actividades y que éstas no tienen por qué empeorar el dolor, siempre e inevitablemente. En algunas ocasiones, el dolor puede elevarse de forma brusca o gradual, pero en otras, permanece estable y leve, a pesar de que la persona esté ocupada, activa, trabajando, con amigos, etc.
3. Por tanto, podemos considerar que la experiencia de dolor tiene distintas fases. En su nivel más bajo (puntuaciones de 0 a 1), el dolor puede ser ignorado fácilmente, y dura mientras está realizando cualquier actividad. En su nivel más extremo (puntuación 5), usted precisa de todo su esfuerzo para intentar dominar el dolor. En estos niveles altos, no es posible continuar con ninguna actividad, ya que toda la atención está puesta en las habilidades y estrategias que pueda utilizar para controlar el dolor.

Cuando los niveles de dolor empiezan a subir pero aún son tolerables, se pueden considerar como pistas o claves para poner en marcha las estrategias de control de dolor previamente aprendidas (relajación, distracción, etc.). De ahí la importancia de que sea usted un participante activo en la modulación de su dolor. Si ha aprendido bien las técnicas, cuando empieza el dolor, ya sabe qué hacer, qué estrategia poner en práctica, y la ansiedad y el pánico que mostraba frente a los ataques de dolor, disminuyen, porque usted es consciente de que puede dominar el dolor y sabe cómo hacerlo.

4. El autorregistro, además, le ayuda a comprender su patrón de dolor y sus consecuencias. Usted se dará cuenta de que el dolor es predecible, que aumenta después del estrés del trabajo, de las prisas, de las discusiones con los amigos y por otros estímulos de este tipo. También se dará cuenta de que se esfuerza físicamente demasiado, luego el dolor es más fuerte. Por el contrario, si su dolor se incrementa en los períodos de descanso, debería

revisar los períodos previos a la aparición del dolor, para ver hasta qué punto están llenos de actividades, continuas, estresante, que no permiten unos minutos de pausa ni de descanso.

5. Otro factor importante que le será fácil reconocer es que los peores momentos, de dolor más intenso, no duran siempre, sino que son relativamente transitorios y siempre acaban después de algún tiempo.

Los sentimientos de indefensión y de sufrimiento interminable, que tan frecuentemente experimentan los pacientes de dolor crónico, han de considerarse ahora a la luz de la variabilidad de los niveles de dolor que se ha encontrado en el autorregistro. Los períodos de dolor intenso siempre son seguidos de períodos de dolor más leve y manejable. Por ellos, es aconsejable utilizar los momentos de dolor leve para aprender a manejar las estrategias de dominio del dolor antes de que éste escape de nuestro control. El objetivo es que usted mantenga el dolor bajo su propio dominio, con las técnicas que está aprendiendo.

Sesión 3. Ejercicio e incremento de la actividad

Vigor físico y dolor

Una característica común a los pacientes de dolor crónico que han sufrido una lesión o herida, es que continúan descansando y permanecen inactivos después de que la lesión o el daño se han curado, como si con eso pudieran resolver su problema de dolor. Desgraciadamente, el cerebro no es capaz de distinguir entre los mensajes enviados por un tejido recién dañado y los procedentes de la cicatrización residual de un tejido, la tensión muscular, las adaptaciones musculares por el continuo dolor, etc.

Estos mensajes se combinan como las señales físicas recibidas por el cerebro, que las interpreta como “DOLOR... PELIGRO... TEJIDO DAÑADO”. Cuando el dolor es crónico, esta interpretación es inadecuada. También lo es para aquellos que presentan secuencias espontáneas de dolor, sin que exista daño previo, como en las cefaleas. La experiencia de dolor no es necesariamente una señal de peligro.

La errónea interpretación del dolor como indicio de peligro supone varias consecuencias desafortunadas:

1. Cuanto más inactivo permanece el individuo, más débil se hacen sus músculos. Como consecuencia de ello, cada vez que se requiere un esfuerzo de esos músculos, reaccionan como si ese esfuerzo fuera excesivo; puede llegarse a un punto en que el más ligero movimiento produce dolor. Esas sensaciones confirman al paciente que debe permanecer inactivo. Esto conduce a un círculo vicioso, en el que el dolor e inactividad se interrelacionan.
2. El ejercicio afecta al estado de ánimo, como se verá en una sesión posterior. Cuanto menos activo es un individuo, mayor es su sensación de indefensión y de derrota. Y ya se vio que la depresión podía afectar a la tolerancia del dolor.
3. Cuando uno permanece totalmente inactivo, cualquier sensación corporal se sobrevalora. El paciente no tiene nada que distraiga su atención, y es más fácil que detecte, mida y evalúe cualquier sensación que provenga de su cuerpo, y empiece a preocuparse por ella.
4. Sin ejercicio regular, el sistema de defensa del propio cuerpo, tiene de “apagarse”. Los científicos han empezado a darse cuenta de la importancia de los opiáceos endógenos. Estas

sustancias funcionan como lo haría una inyección de morfina, bloqueando los mensajes que transmiten el dolor al cerebro. Sin esta defensa natural, nada detiene los mensajes de dolor. Hay razones para creer que la ingesta artificial de morfina y derivados puede afectar la producción de endorfinas. Mejor conocido es el hecho de que los niveles de actividad pueden elevar la producción de endorfinas. Los atletas tienen niveles de endorfinas mucho más altos que el resto de la población. Al incrementar el nivel de actividad y retornar a niveles normales, se incrementa la producción de endorfinas, reducida durante el largo período de inactividad y de ingesta de medicación.

5. Al hacer ejercicio, los músculos se fortalecen, y en poco tiempo, uno siente que sus músculos son más flexibles y potentes. Mejora su postura y se tonifica la función cardio-respiratoria. Además, es un excelente método para controlar el peso, para aquellos que, debido a la inactividad, tienen un problema como éste.

Cómo empezar un programa de ejercicio: Estrategia 2

El primer paso, importantísimo, para comenzar un programa de ejercicio, es asegurarse de que será realista y realizable de forma diaria. Es aconsejable formular un plan individual, con las preferencias de cada cual, que incluya ejercicios generales como caminar, nadar o andar en bicicleta. Parece que el ejercicio más útil y fácil de organizar son los paseos a paso ligero, pero la elección depende de las habilidades y las posibilidades de cada uno.

Es importante recordar que cualquier incremento en el nivel de ejercicio debe hacerse de forma lenta, gradual y espaciada. Intentar hacer proezas, de golpe, tiene como consecuencia que la gente abandone el programa. Si uno ha estado acostado muchos días y de repente decide ponerse a cavar un jardín, lo más probable es que acabe con un horroroso dolor de espalda. Esto le hará abandonar totalmente cualquier ejercicio. Por el contrario, si uno incrementa gradual y lentamente el ejercicio que hace y el tiempo que dura el ejercicio, lo podrá practicar ya para siempre. Del mismo modo, si uno empieza a dar paseos, no es recomendable el primer día pasarse treinta minutos subiendo una cuesta. Lo más probable es que al día siguiente esté en la cama y decida abandonar el programa.

Por tanto, se aconseja comenzar de la manera siguiente. Se utilizan hojas de autorregistro, durante una semana, para registrar el tiempo que se emplea, cada día, en realizar cualquiera de los ejercicios principales (caminar, nadar, bicicleta). Si no se hace nada, se indica poniendo "0".

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

No se debe registrar el tiempo que se emplea para ir al mercado o a comprar a la tienda. Solo deben registrarse los minutos que se empleen en caminar por ejercicio. No se presione durante esta semana. Solo queremos ver qué es capaz de hacer. Si su nivel de ejercicios es bajo, sólo puede mejorar. Cuando se haya registrado el nivel real de ejercicio, éste se irá incrementando gradualmente con un sistema de cuotas, que ya le daremos de modo que al final del tratamiento usted haga de 25 a 30 minutos diarios de ejercicio.

Es más fácil realizar el programa diariamente si se dispone de un rato fijo en el día, siempre el mismo, que pueda ocuparse con el ejercicio. También ha de advertirse a la familia, para que no le molesten mientras realiza sus ejercicios. Es posible que surjan problemas, sobre todo si se tienen niños pequeños, pero se pueden resolver, sobre todo si se plantea la necesidad de ejercicio de forma inmediata y como parte del programa de tratamiento.

Notará que, a medida que progresa, puede considerar su paseo como una actividad social que puede realizar con un amigo o con su cónyuge. Tener un compañero de ejercicios anima a la gente a continuar con el programa, y de paso, les da a sus amigos/familia la oportunidad de ayudarle de manera constructiva a aprender a dominar el dolor, cosa que muchos de ellos desean hacer. De todos modos, recuerde avisarles que, al principio (aproximadamente, las primeras nueve semanas), usted sólo puede hacer una cantidad determinada de ejercicio y luego parar.

Encontrará de gran ayuda hacer un gráfico de sus progresos o colocar una hoja de actividades en un sitio bien visible, de modo que usted y todos los demás puedan observar los progresos que está alcanzando.

Además de los ejercicios generales, se pueden realizar ejercicios específicos para fortalecer los músculos alrededor de la localización del dolor. El fisioterapeuta o el psicólogo le aconsejarán acerca de cuáles son apropiados para usted. De nuevo, se empieza a un nivel determinado y se incrementa según unas cuotas recomendadas y nunca se hace más ejercicio que el fijado para esa semana.

Finalmente, y para los ejercicios generales (caminar, nadar, bicicleta), los mejores resultados se obtienen cuando se hace el ejercicio hasta un determinado nivel de tasa cardíaca (nivel de entrenamiento). A continuación se explica cómo evaluar la tasa cardíaca y cómo establecer el nivel correcto de trabajo.

Cuando una persona está descansando, se puede medir su tasa cardíaca tomándole el pulso en la muñeca o por las pulsaciones de unas arterias que se sitúan justo a derecha e izquierda del centro

del cuello. Se cuentan las pulsaciones durante un intervalo de 20 segundos y se multiplican por tres. Esto nos da la tasa cardíaca en reposo. Si uno evalúa su tasa cardíaca antes y a mitad de su ejercicio, verá qué incremento ha experimentado la tasa. Si aún no ha alcanzado el nivel de entrenamiento, puede continuar a ese ritmo hasta el final del ejercicio. Si se ha alcanzado el nivel de entrenamiento, se debe reducir la velocidad y acabar el ejercicio.

Al principio notará que su tasa cardíaca es muy diferente en cada ocasión que haga ejercicio, pero gradualmente, se irá estabilizando y se mostrará consistente. Además, notará que su tasa cardíaca en reposo va disminuyendo a medida que mejora su estado físico. Eso significa que debe trabajar más duramente, al hacer sus ejercicios, con objeto de mantener su tasa de nivel de esfuerzo adecuado. El nivel que se intenta conseguir se obtiene como sigue:

La tasa cardíaca máxima se obtiene restándole a 220 su edad. *La tasa de entrenamiento* que va a intentar lograr es el 60 por 100 de su tasa máxima: $(200 - \text{su edad}) \times 0.60$.

Por ejemplo, si tiene 30 años, su tasa máxima sería: $200 - 30 = 190$. Su tasa de entrenamiento sería: $190 \times 0.60 = 114$ pulsaciones por minuto.

A medida que uno va progresando hasta los 25-30 minutos diarios de ejercicio, la evaluación de la tasa de entrenamiento se va haciendo más interesante, ya que proporciona los indicios para saber si se está poniendo la energía y el esfuerzo suficientes.

Al principio del programa de ejercicio, no debe preocuparse por su tasa, sino por el establecimiento de un horario regular diario y por conocer realmente qué es capaz de hacer, en cuanto a ejercicio físico. En las semanas siguientes ya puede incorporar el control de la tasa cardíaca. Puede anotar en su hoja de registro los minutos que ha estado practicando y la tasa final. Tenga en cuenta que esta tasa disminuye en 15 o 20 pulsaciones en el minuto siguiente a acabar el ejercicio, por lo que debe tomarla justo al finalizar. Cuando acabe el ejercicio, siga caminando, o pedaleando a un ritmo lento, mientras se toma las pulsaciones. Si estaba nadando, siga en la piscina. Si espera a estar en casa, cómodamente sentado, su tasa habrá vuelto al nivel normal y usted no se habrá percatado del efecto del ejercicio.

Sesión 4. Las drogas y el dominio del dolor crónico

La acción de las drogas y el dolor crónico

Los analgésicos y otras drogas se utilizan a menudo para ayudar a controlar el dolor. Suelen ser muy efectivas a corto plazo y si se utilizan para aliviar el dolor agudo, sin embargo, pierden su efectividad y empiezan a ser de un valor muy cuestionable en el tratamiento del dolor crónico. En algunas situaciones (artritis reumatoide, cáncer terminal). Es justificable el uso crónico de analgésicos. Pero para la mayoría del resto de los pacientes, el ciclo dolor – medicación puede ser un círculo vicioso, que reporte más problemas que ventajas, ya que, por un lado la medicación pierde su efectividad para aliviar el dolor, y por otro, aparecen efectos colaterales que pueden llegar a ser molestos y peligrosos. Cuando esto ocurre, hemos de replantearnos la situación. Las drogas que se utilizan más frecuentemente en el tratamiento del dolor son:

1. *Ácido acetil salicílico* (por ejemplo, la aspirina)

Acetaminofeno (Tylenol y otros)

Este tipo de drogas se utiliza para tratar dolores suaves y moderados. Son realmente efectivos en el control del dolor agudo; la aspirina se utiliza también en el tratamiento crónico de la artritis. No provocan dependencia ni adicción, aunque si pueden aparecer efectos colaterales y puede darse la intoxicación.

a) *Aspirina*: Irrita mucho el estómago, hasta el punto que su utilización de forma crónica puede provocar úlcera y hemorragias gastrointestinales. También puede provocar reacciones alérgicas en determinadas personas, y dificulta la función respiratoria de los asmáticos. La sobredosis de aspirina requiere tratamiento.

b) *Acetaminofén*: Es menos perjudicial para el estómago que la aspirina, pero no es válido para la artritis. Aunque si se toma frecuentemente en pequeñas dosis no es perjudicial, la ingesta crónica de dosis mayores o la sobredosis puede dañar el hígado irremisiblemente.

2. *Analgésicos Narcóticos*

Codeína

Meperidina

Pentazocina

Morfina

Propoxifeno

Estas drogas son clasificadas como narcóticos y provienen de derivados naturales o sintéticos del opio y la morfina. Actúan en el cerebro y reducen el dolor de forma similar a la que lo hacen las endorfinas, los opiáceos que el propio cuerpo produce. Sus efectos colaterales son muy numerosos y frecuentes:

Entre los más importantes destacaremos:

- a) *Depresión del sistema nervioso central*: La droga central en el cerebro reduciendo las sensaciones y provocando somnolencia y letargo. También afecta a otras partes del sistema nervioso y causa trastornos gastrointestinales (estreñimiento, náuseas, vómito); reducción del funcionamiento pulmonar, trastornos del sueño, cefaleas (dolores de cabeza), mareos, sensación de borrachera y depresión.
- b) *La tolerancia a estas drogas* aparece a las pocas semanas de uso. Es frecuente que se reduzcan los efectos colaterales, pero cada vez es necesario tomar dosis mayores o más seguidas para conseguir controlar el dolor. Esta necesidad de más medicación contribuye a la *dependencia física y psicológica* de las drogas.

Los analgésicos narcóticos suelen ir en combinación con aspirinas y cafeína (a veces equivalente a dos tazas de café cargado), en una sola tableta. Se supone que los narcóticos combinados con aspirinas producen efectos colaterales menores, y el mismo alivio del dolor, que si van solos. Se añade cafeína para contrarrestar la somnolencia causada por el narcótico. Desgraciadamente, estos teóricos beneficios no aparecen en el uso crónico de estas drogas. Por ejemplo, para algunos pacientes de cefaleas migrañosas, la cafeína puede hacer aumentar el problema, además de provocar sobreintoxicación, trastornos del sueño, sobreexcitación, etc. porque sus efectos son más duraderos que los de los narcóticos que pretende <<suavizar>>.

3. Tranquilizantes/ Barbitúricos

Diazepan (Valium)

Oxazepan (Serax)

Lorazepan (Activan)

Se utilizan para reducir la agitación, la tensión y el insomnio. La mayoría relaja los músculos directamente, pero también pueden afectar al funcionamiento cerebral. No tienen propiedades para aliviar el dolor directamente.

Al principio, es frecuente que aparezcan somnolencia y letargo, pero van desapareciendo gradualmente, a medida que se incrementa la tolerancia a la droga, tolerancia que obliga a incrementar la dosis.

Puede aparecer dependencia física y psicológica, lo que requiere que la retirada se haga de manera gradual. Una retirada demasiado rápida puede provocar mareos, temblores, ansiedad e insomnio.

4. Antidepresivos

Amitriptylina (Elavil)

Imipramina (Tofranil)

A veces son efectivos en pacientes de cefaleas severas sin depresión. Pueden aparecer fuertes efectos colaterales, incluyendo sequedad bucal, visión borrosa, letargo y trastornos gastrointestinales.

5. Relajantes musculares

Ciclobenzaprina (Flexeril)

Meprobamato (Equanil)

La efectividad de los relajantes musculares varía día a día y de pacientes en pacientes. Solo deberían utilizarse a corto plazo, ya que es muy cuestionable su uso crónico. Los efectos colaterales más frecuentes son problemas en la concentración, mareos, cefaleas y somnolencia.

6. Drogas antimigrañosas

Las migrañas clásicas y comunes se deben a la inestabilidad de las arterias craneales.

Esto provoca frecuentemente cambios en la amplitud de los vasos, con una primera vasoconstricción (durante la cual el paciente percibe algunos efectos visuales, como puntos volantes), seguida de una vasodilatación de la arteria, que la que provoca un dolor intenso, náuseas y vómito.

Para intentar reducir estos cambios se han utilizado dos tipos de drogas:

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

- a) *Drogas profilácticas* que utilizadas diariamente, previenen el comienzo de las cefaleas. Las drogas más comunes de este tipo son:
- i) Sansert: Intenta potenciar la vasoconstricción provocada por la noradrenalina. Provoca serios efectos colaterales, como náuseas, vómitos, calambres y ganancias de peso.
 - ii) Inderal: Previene la fase de vasodilatación.
 - iii) Catapres: Reduce tanto la vasoconstricción como la vasodilatación. La utilización crónica de esta droga provoca, entre los efectos, depresión, degeneración de la retina, somnolencia y sequedad bucal.
- b) *Drogas de tratamiento sintomático*, que se utilizan para controlar los ataques de migraña. Las drogas más frecuentes de esta área son:
- i) Ergotamina y ergotamina mas cafeína (caferghot). Prolongan la vasoconstricción de las arterias, para contrarrestar la vasodilatación. Es recomendable utilizar estas drogas al comienzo del ataque de migraña, durante la fase prodrómica, de síntomas previos al dolor (efectos visuales, por ejemplo). En dosis elevadas puede provocar, además de otros efectos, trastornos circulatorios (taquicardias, frío en las extremidades, cambios en la presión arterial, angina, etc.), que pueden llegar a producir la muerte.
 - ii) Sandomigran: Es una droga del tipo de la ergotamina. Sus efectos colaterales son ganancia de peso, somnolencia, calambres musculares... En algunos casos pueden favorecer la aparición de cefaleas suaves frecuentes, además de los ataques migrañosos.

Desgraciadamente, se sabe poco sobre los efectos a largo plazo de las drogas del tipo de la ergotamina, pero lo que sí parece ocurrir es que el uso continuo y excesivo de estas drogas, más que paliar y/o prevenir los ataques de cefaleas, los provocan. Se sabe que hay un tipo de cefalea (llamada la cefalea de ergotamina) que tiene síntomas idénticos a los que la droga pretende reducir.

En muchos estudios se ha puesto de manifiesto que la ergotamina era igual de efectivo que un analgésico suave, pero con peores efectos colaterales. Ahora se reconoce que el empoderamiento de muchas migrañas clásicas y comunes se debe a los efectos de esta droga, y que es una de las principales causas de la cronicidad del problema. En general, parece que ninguna de las drogas revisadas, son efectivas a largo plazo, y de hecho, en un estudio realizado sobre una amplia

muestra de pacientes de cefalea, solo el 25 por 100 creía que las drogas que tomaban eran totalmente efectivas.

La mayoría, aunque no conseguía la reducción del problema, creía que si no tomaba las drogas el problema sería peor. Se debe evitar la retirada brusca de esas drogas. Esta retirada debe hacerse de forma lenta y gradual para evitar los rebotes de la cefalea, que pueden aparecer con la suspensión repentina de las drogas, y que pueden provocar la vuelta a su utilización, con una dependencia aún mayor.

Conclusiones

La utilización crónica de la medicación para el control del dolor proporciona un análisis incompleto, causa la dependencia física y psicológica de las drogas y provoca efectos colaterales que pueden ser aún más molestos que el propio dolor.

Por estas razones, queremos animarle a que emprenda un programa de reducción de la medicación, un programa de retirada lenta y gradual, que evitara los efectos de rebote y los síntomas de retirada. Cada uno de ustedes debe fijar el límite de la reducción.

La mayoría de la gente abandona totalmente la medicación, pero hay otros que siguen tomándola, aunque a niveles muy reducidos. El objetivo del programa es que reduzca la ingesta de medicación tanto como se pueda, esperando llegar a eliminarla.

Método de reducción de drogas: Estrategia 3

Una vez que se ha decidido reducir la utilización de drogas, es necesario establecer un programa que nos ayude a lograr este objetivo.

1. Lo primero que hay que considerar es la importancia de pasar a un horario de medicación regular, más que a la ingesta en función del incremento del dolor. El horario regular tiene efectos más poderosos en el control del dolor que la toma de medicación esporádica. Esta última suele estar relacionada con el deseo de los pacientes de dolor crónico de no tomar nada hasta que sea absolutamente necesario, lo que supone que utiliza la medicación cuando ya no puede soportar el dolor, (es que cuando la medicación va a tener efectos muy pequeños ya va a ser poco beneficiosa). Además, la ansiedad (y el pánico), se van incrementando a

medida que se eleva la intensidad del dolor, y estos factores, que contribuyen a empeorar el problema, no son reducidos por la droga utilizada.

El mejor método de tomar la medicación es hacerlo a intervalos regulares. De este modo, se consigue que la cantidad de medicación en sangre se mantenga a niveles comparables durante todo el día, con lo que es más difícil que pueda haber un ataque del dolor. También se consigue así que los ataques de dolor realmente severos, sean más cortos. Por otro lado, se rompe el vínculo, dolor medicación, y eso conlleva unas consecuencias importantes, que se verán más adelante.

El tomar la medicación a intervalos regulares no supone que se vaya a tomar más claridad, sino que las dosis que ingieren actualmente se distribuyen a lo largo del día.

2. Después de establecer un horario regular, es más fácil hacer la reducción de la ingesta total de medicación si se utiliza, en vez de las píldoras, un líquido, equivalente. Es muy difícil dividir las píldoras en cantidades iguales. En cambio, un modo que no tendrá que depender de sus pastillas. La reducción es lo suficientemente lenta como para que haya aprendido a todas las técnicas de dominio del dolor *antes* de la completa eliminación de la medicación.

El régimen establecido en este programa es el siguiente:

Semana 1 y 2	No reducción (establecimiento de horario regular y líquido equivalente)
Semana 3	10 por 100 reducción de las dosis original
Semana 4	25 por 100 reducción de las dosis original
Semana 5	45 por 100 reducción de las dosis original
Semana 6	65 por 100 reducción de las dosis original
Semana 7	85 por 100 reducción de las dosis original
Semana 8	100 por 100 reducción de las dosis original

Con este régimen, raramente se notan los efectos de la retirada, y al final del programa se puede eliminar totalmente la medicación. Sin embargo, los pacientes pueden preferir o necesitar un

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

régimen de retirada más lento. Si esto ocurre, se les incita a que prosigan la reducción después de las sesiones de tratamiento hasta el seguimiento.

De todos modos, la mayoría de la gente consigue liberarse de las drogas al cabo de las 9 semanas del tratamiento.

3. Con este método, la mayoría de los pacientes con dependencia y adicción han conseguido eliminar o reducir notablemente la cantidad de drogas que necesitan para controlar su dolor.
4. Una vez estableciendo el líquido equivalente, cada paciente deberá ir a ver el farmacéutico para que le dé su medicación para la próxima semana, de acuerdo con el régimen de reducción. Cualquier problema que surja respecto a esta debe ser comentado con el psicólogo en cualquier momento.

Se debe hacer hincapié en que el programa de reducción es totalmente voluntario, y que se informa al paciente de todas las reducciones que se hacen, y que solo se hará con su consentimiento.

5. Para que el programa sea efectivo, se debe abandonar todas las otras drogas y medicaciones. Algunos gente tiene tendencia a introducir nuevas drogas (por ejemplo, laxantes), lo que únicamente provoca nuevos problemas. Si le ocurre eso, hágalo saber a su psicólogo. Él le ayudará y le sugerirá formas de enfrentarse y controlar esa tendencia.

No se debe complementar la dosis líquida con dosis adicionales, ya que la medicación líquida ha sido cuidadosamente estudiada para cubrir sus necesidades analgésicas en ese momento, y, en realidad, es la misma dosis que estaba tomando antes de comenzar el régimen. Si se añade más medicación se está, de hecho incrementando el problema de la dependencia.

Si, al comenzar el horario regular, o al cambiar a líquido equivalente, usted nota que el nivel de medicaciones es inadecuado, comuníquese rápidamente al psicólogo, de modo que el problema pueda solucionarse pronto. Si usted ha sido preciso al notificar la medicación que tomaba, esto no ocurrirá. Si se ha equivocado al calcular las dosis, el error se puede solucionar durante las dos primeras semanas.

6. Para obtener una nueva receta cada semana es necesario que devuelva la botella vacía. Esto nos permite tener un registro preciso de su utilización de las drogas. Las botellas deberían estar vacías o con muy poco líquido, cuando la devolviera.

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

El farmacéutico se asegurara de que sus necesidades analgésicas estén cubiertas de acuerdo con el programa de reducción, por lo que no se puede solicitar un día toma más dosis de las prescritas, al final de la semana tendrá que pasarse sin medicación. Si le pasa esto, por favor, coméntelo en la siguiente sesión. Es un problema frecuente entre la gente que está intentando dejar la medicación. Sea muy cuidadoso con su botella para que le den otra.

7. Quizá el ritmo de reducción sea demasiado rápido para usted (a veces eso ocurre porque surgen nuevos problemas en la vida del individuo, justo cuando quiere dejar la medicación). Si le pasa esto, coméntelo con el psicólogo, que le ayudara a encontrar una solución: quizá necesite usted permanecer una semana más con la misma dosis, o reducir más lentamente mientras práctica más la estrategia del dominio del dolor. En general, el régimen de reducción gradual, ha demostrado ser muy útil, porque la reducción no acaba antes de que el individuo maneje otras estrategias de control del dolor. A la vez que se obtiene menos alivio de los analgésicos, es más fácil controlar el dolor por otros métodos. De hecho las ganancias son mucho mayores que las pérdidas, porque a estar alturas del problema, las drogas ya se habían mostrado ineficaces para controlar el dolor.
8. Finalmente, deben tirarse toda la medicación que se hubiera recetado anteriormente para el dolor, El objetivo es que el paciente solo pueda obtener su medicación del farmacéutico, sin que, mientras tanto, este expuesto a las tentaciones. Son mementos duros, y es difícil no caer en la tentación, incluso sabiendo que no nos reportaría nada. De ahí que se intente prevenir esta.
9. La cantidad de reducción puede venir escrita cada semana en la botella, so lo desea. Algunos pacientes lo prefieren así, de nodo que saben en cada momento la cantidad de droga que están tomando y la reducción que han logrado. Otros, por el contrario, prefieren no saber nada.
10. Haga saber a su farmacéutico y al psicólogo cómo se siente cada vez que recoge la receta, y toda la demás información que requiera y/o considera útil darles.

Sesión 5. Estado emocional y dolor

Reacciones emocionales y niveles de dolor

Hasta ahora, hemos aprendido que el círculo vicioso tensión muscular dolor-tensión, podía romperse y cómo hacerlo. Ahora, vamos a considerar el círculo vicioso que se establece entre el *dolor* y los *estados emocionales* y el papel que juega en el incremento de la tensión cuando nos enfrentamos al dolor. Los episodios del dolor severo y la continua irrupción e interferencia del dolor en la vida diaria hacen que, cuando se presenta un ataque de dolor, experimentemos un ataque de la ansiedad. A medida que el dolor aumenta, uno siente una creciente sensación de impotencia y de miedo por saber cómo y cuándo va a acabar el dolor.

Si se fija en cualquier otra situación que genere ansiedad, se dará cuenta que sus músculos están en tensión, su corazón se acelera, suda y pueda ser que se sienta cansado. Cuando se presenta el dolor pasa igual, de modo que estas reacciones empiezan a formar parte de la experiencia del dolor y es difícil separarlas de ellas. Cuanto menos se comprende el propio dolor (sus mecanismos, su evolución futura), más ansiosa se siente la persona cuando empieza con un episodio.

Está ya claro que las reacciones emocionales al dolor contribuyen a empeorar éste. Cuando más tenso y agitado se esté, más severo será el dolor y más durará (y más ansiedad, a su vez, generará). Éste es, pues, un círculo vicioso que hemos de romper si queremos dominar el dolor.

Es posible que haya notado que si está en una situación estresante, provocada por estímulos distintos del dolor, su dolor incrementa. Estas situaciones varían de una persona a otra. Pueden ser situaciones derivadas de educar a los hijos o puede deberse a las presiones del trabajo. Lo importante es que, aunque difieran los estímulos que provocan las reacciones emocionales, éstas son muy similares a las que se experimentan en los episodios de dolor, cuando uno se empieza a sentir nervioso (tensión muscular, aceleración del corazón, sudor e incluso, con poco ánimo). Además, puede notar que el dolor se incrementa, lo que contribuye a sentir más ansiedad, hace que el problema empeore y que su capacidad para enfrentarse a él reduzca.

Se ha hecho mucho énfasis en las reacciones de ansiedad frente al dolor y a otros estímulos estresantes, pero no debe olvidarse que muchas personas también sienten ira y frustración cuando se enfrentan con un problema de dolor y que estas reacciones contribuyen también a reducir la tolerancia del dolor.

Difuminar la reacción del estrés: Estrategia 4

Ya sabemos identificar las situaciones que nos producen estrés; y ahora ¿qué podemos hacer para reducir nuestras reacciones y, por tanto, minimizar el dolor?

Por supuesto, es imposible evitar todas las situaciones que puedan generar estrés en la vida diaria, se está expuesto a ellas y hay que enfrentarse a ellas. Pero lo que verdaderamente importa es cómo nos enfrentamos a ellas, cómo usted puede aprender a modular esas reacciones para que no se incremente su dolor. Usted no desea sentirse agitado y estresado durante un largo período de tiempo, sino difuminar los efectos de esas situaciones, con el fin de mantener su equilibrio. El dominio del estrés, por tanto, es una estrategia necesaria para poder controlar el dolor.

1. El primer paso importante es tener claro que sucesos, situaciones o emociones provocan un incremento de dolor o de ansiedad. Cuando empiece a registrar este tipo de situaciones, se dará cuenta de que se ajustan a unos patrones, que hay situaciones repetidas en las que usted se encuentra ansioso o enfadado. No es necesario decir que los mismos episodios de dolor pueden ser provocadores de esas reacciones; pero hay que identificar también otros estímulos y/o situaciones.
2. Un segundo paso es tratar de identificar los cambios, muy pequeños, que predicen o anteceden a su reacción. Cuanto antes perciba esos ligeros cambios en sus músculos y estado emocional, más capaz será de poner en práctica las técnicas que le vamos a enseñar. Una vez que la ansiedad llega a un cierto nivel, estas técnicas pierden su potencia. Así que, durante las próximas semanas, deben estudiar los cambios que se producen en usted ante situaciones estresantes. Esos cambios pueden ser incremento de la tensión muscular y ligero cambios en la respiración, sensación gástrica, sudoración, quizá mareos, etc.
3. En tercer lugar es importante que empiece a distribuir sus actividades tanto en casa como en el trabajo, de modo que pueda mantener un sentimiento de calma y control, minimizar el incremento de la tensión durante el día.

Debería establecer unos momentos fijos del día en los que practicar la relajación y la imaginación. Eso le ayudará a controlar tanto el dolor como las reacciones emocionales ante el estrés. Es importante que busque pausa en el trabajo y que no se salte comidas. Cuando se sienta estresado, dedique unos minutos a poner en práctica la relajación y las técnicas de respiración. A medida que el programa avance, se le enseñarán más técnicas para dominar su dolor y su

ansiedad. Por ahora, concentre toda su atención en la relajación completa, y practíquela siempre que le sea posible.

4. El entrenamiento en relajación que ha comenzado a perfeccionar es uno de los mejores métodos para controlar la ansiedad. Intente respirar más profunda y espaciadamente, hasta que su respiración sea más lenta la próxima vez que se encuentre estresado o agitado. Anote los progresos en su cuadernillo de auto registros, y verá los beneficios que obtiene de utilizar estas técnicas para controlar las reacciones emocionales y episodios de dolor.

Sesión 6. El rol de la focalización de la atención y de las quejas

Foco de atención y niveles de dolor

Una de las consecuencias del problema de dolor crónico es la tendencia de los pacientes a centrar su atención en las sensaciones de dolor: sus cualidades, extensión, etc. Además, los pacientes sienten se sienten preocupados por las limitaciones que el dolor impone a sus vidas. Esto termina por hacer que pierdan interés por otras cosas que no sean su propio cuerpo, las señales que le llegan de todas partes de su cuerpo, y especialmente, de la zona dolorida. Hablan continuamente de ello con los demás, y su dolor y su incapacidad es lo único que les preocupa.

Los amigos y parientes les preguntan por su problema, lo que facilita que las conversaciones sigan siempre sobre el mismo tema. Si no lo hacen así, parecen poco simpáticos y desinteresados. Cuando se realiza una actividad con otros, siempre es de forma cautelosa y con mucho cuidado por como pueda afectar al dolor. Desgraciadamente, centrar el foco de la atención en el dolor (por su parte y por la de sus amigos) exacerba el problema.

Debemos considerar la tensión como un foco de luz que ilumina y acentúa aquello sobre lo que se centra; por el contrario, todo lo demás queda en penumbra, parece poco claro e irrelevante. Cuando esa luz se centra en la sensación de dolor acentúa la experiencia y parece que la agranda. Por el contrario, la distracción y la focalización de la atención en estímulos distintos al dolor es uno de los métodos más potentes para reducir esa experiencia. Este fenómeno es bien conocido de los pacientes de dolor crónico. Cuando se encuentra por la noche, tumbado en la cama, sin ninguna posible distracción, el dolor crece y crece y parece interminable. Si está en casa, sin poder realizar las actividades que le gustan por culpa del dolor, el aburrimiento incrementa la tensión que se dedica al dolor. Las sensaciones se amplifican por la focalización de la atención. Además, esto va teniendo efectos crecientes en sus relaciones con amigos y parientes. Las conversaciones con ellos estarán cada vez más centradas en usted y su problema. Esto, a corto plazo es reconfortante; pero a la larga notara que ha de insistir más para que le presten atención y que se muestran menos comprensivos con usted. Puede usted sentir que se está alejando de ellos.

Algunas veces cuando usted habla de dolor, lo hace para obtener más simpatía, comprensión o amor de los demás, en vez de hablar directamente de sus necesidades. Dado que los contactos con los demás se reducen debido a su problema de dolor, cada vez es más importante que se

muestren simpáticos y comprensivos. Hablar de dolor se convierte en una forma de pedir atención y cariño y de conseguir deseos y necesidades.

Con el paso de los años esto se transforma en un hábito. Por supuesto, estos cambios se producen de forma lenta y gradual que no los percibimos pero puede llegar a ser contraproducentes y apartarnos, más que acercarnos, del calor y comprensión que buscamos. Los efectos a corto plazo de hablar del dolor es dejar que los otros sepan cómo nos sentimos y recibir su apoyo y comprensión. También permite evitar diversos deberes y responsabilidades que nos desagradan.

Los efectos a largo plazo hay que dejarlos claros. Parece que estos métodos indirectos de obtener recompensas, satisfacciones... acaban por deteriorar las relaciones con la familia. Esto puede deberse a que el paciente es cada vez menos asertivo acerca de sus deseos y necesidades, por miedo a perder el afecto de los que quiere y solo sabe expresar aquellos de forma indirecta refiriéndose a su dolor e incapacidad.

Método de refocalización

Entonces, ¿Qué se puede hacer para apartar la atención del dolor?

1. El primer paso importante es tratar de romper el hábito de centrar la atención de su problema, hablando de el con otra gente, quejándose, etc. Esto solo sirve para recordarle su dolor. Al principio será difícil y le costará tiempo hasta que sea capaz de no iniciar y cortar este tipo de conversaciones. Si cuenta con la colaboración de su pareja y amigos será mucho más fácil y rápido. Les puede pedir que no le pregunten sobre su dolor, sino más bien por todos los progresos que está consiguiendo. Pídales que le estimulen por sus intentos de incrementar la actividad y volver a la vida normal. Debe pedirles también que corten cualquier conato de conversación sobre el dolor que usted inicie. Lo mejor que puede hacer es distraerle y ayudarle a focalizar su atención en estímulos distintos del dolor. Pídales también que ignoren sus quejas. Muchos conyugues y amigos estarán contentos de saber específicamente como ayudarles. Durante muchos años han visto como el dolor le derrotaba. Sin poder hacer nada. Ahora usted puede enseñarles cómo ayudarle de manera específica y estructurada.
2. Además de estos cambios en la comunicación con los demás, hay técnicas específicas que debe aprender para apartar la atención del dolor. Estas técnicas son particularmente importantes cuando el dolor pasa el dolor 3 en una escala del 0 al 5. Para esas ocasiones, es

necesario que haya desarrollado unas habilidades específicas que le ayuden a soportar el dolor hasta que la intensidad decrezca.

La primera estrategia es la focalización externa de la atención. Durante varias semanas ha aprendido a relajarse profundamente y a utilizar luego un estímulo imaginario. La combinación de la relajación con una imagen inductora de tranquilidad, permite que el foco de la atención se traslade desde el dolor hasta el material imaginario, tranquilizador y relajante. Esta focalización de la atención en la relajación y en la imagen tranquilizadora, le permite soportar el dolor intenso.

Usted ha estado utilizando la relajación durante bastante tiempo, de forma preventiva, de modo que ahora le es útil para controlar el episodio del dolor. La nueva estrategia, la focalización externa al dolor (estrategia 5) permite focalizar la atención en estímulos externos reales. Durante los episodios de dolor podrá usted centrar su atención en estímulos auditivos, visuales, etc. del ambiente.

Tiene que experimentar esta técnica varias veces antes de saber si funciona o no con usted. La potencia de las técnicas varía de un individuo a otro de modo que hay que practicar varias veces con cada una de ellas, para saber cuáles son las que le convienen.

3. Expresión directa de necesidades y deseos, asertividad (estrategia 6), hay que considerar la importancia de ser más directo en la expresión de las necesidades y deseos. Muchos pacientes de dolor crónico, se sienten cada vez menos asertivos de modo que desarrollan el hábito de pedir indirectamente lo que desean. Debemos dejar claro en primer lugar, en qué medida tiene usted este hábito. Para ello ser aconsejable que en la próxima semana registre las veces que ha hablado sobre su problema para obtener algo indirectamente. Quizá esto se deba al miedo de perder el afecto a los suyos si expresa directamente sus deseos y derechos. Sin embargo esto enturbia sus relaciones con los demás. En efecto, usted sacrifica sus necesidades para mantener la paz y esto, a menudo, supone que los otros se van aprovechar. Una de las principales razones que ocurra esto es que usted no les da una oportunidad para cambiar su conducta, ya que ignoran que es lo que realmente quiere usted.

El extremo opuesto a la expresión indirecta es, por supuesto, la agresividad. En este caso un individuo demanda sus necesidades de tal manera que rechaza y perjudica los derechos de los demás incluso los viola, lo que hay que buscar un punto medio, un punto en el cual usted defiende sus derechos y expresa sus creencias, pensamientos y actitudes de forma directa. No

interfiere, por ello, con los derechos de los demás, de hecho la expresión directa de las necesidades, tiene el efecto de incrementar la autoestima y la sensación de dolor sobre los procesos.

Si, al realizar el autorregistro, descubre usted que sus conductas son muy poco asertivas, piense en las diferencias que existen entre falta de asertividad, agresividad y asertividad. Usted puede hacer mucho para cambiar sus reacciones. Si empieza a expresar directamente sus deseos, vera el gran efecto que eso produce en la gente que vive con usted. Eso supone primero que tiene usted que tener claro que es lo que necesita y que espera que los demás pidan de usted. Existen algunos libros muy útiles para ayudarle en este proceso. Al ser cada vez más directo en la expresión de sus necesidades y limitaciones, notara que crece su autoestima, tanto como el respeto de los demás hacia usted.

Sesión 7. El rol de la valoración del dolor y la depresión

No es posible considerar el dolor crónico como una mera función de las sensaciones físicas. Para comprender bien la experiencia del dolor es necesario considerar la fuerte influencia de las emociones, pensamientos y también la interpretación que hace usted de su dolor, cómo evalúa la experiencia de dolor.

Recordemos el ejemplo del dolor en el pecho después de un banquete. Si usted no reconoce los primeros síntomas de una indigestión, es posible que piense que se trata de un ataque cardíaco. Por el contrario usted puede saber que ese dolor es producto de la indigestión. Las dos formas de evaluar el dolor, de interpretar la experiencia generaran un sufrimiento y una ansiedad muy distintos a cada uno de los casos. Además los pensamientos que pasan por su cabeza cuando está sufriendo el dolor interfieren con su capacidad de enfrentamiento con el dolor. Mantienen su atención focalizada en las sensaciones que está experimentando. Además, muy a menudo esos pensamientos son negativos y autodestructivos, e incrementan la sensación de indefensión y de derrota que experimenta. Si recuerda el diagrama de círculos viciosos, en el capítulo uno, verá que estamos considerando el círculo que se establece entre dolor y depresión. A medida que se incrementan los pensamientos negativos sobre usted y su capacidad para controlar el problema, su autoestima disminuye, su estado de ánimo empeora y usted se hace más vulnerable a cualquier estímulo aversivo, como el dolor.

Aunque la gente reacciona de distinta forma ante el dolor, algunas reacciones son comunes. Más adelante hay algunos pensamientos que suelen aparecer cuando el dolor aparece o empeora.

1. Muy frecuentemente aparecen sentimientos de ira y confusión: << ¿Por qué a mí?>>, << ¿Por qué he de tener siempre dolor?>>.
2. <<Me voy a volver loca con este dolor. Nunca seré capaz de dominarlo>>.
3. <<No puedo...>>.
4. <<No puedo dominar este dolor, estoy indefenso, soy un inútil>>.
5. <<Nunca me librare del dolor. Esto va a durar todo el día... toda la semana... para siempre>>
6. <<Acabare sin hacer nada, mi vida es un total desastre>>.
7. <<Hoy es un día perdido. Ni siquiera podre intentar hacer nada>>.

8. <<Me duele en cuanto me muevo, no me puedo mover en absoluto>>.
9. <<Tengo que hacer lo que sea para demostrar que no estoy deshecho>>.

Como puede ver, aunque las reacciones varían, casi todas giran en torno a los mismos temas, que suelen ser:

- A. **Reacciones exageradas ante la situación:** las personas exageran su incapacidad, la extensión del dolor, etc., y lo ven todo catastrófico (<<mi vida es un desastre>>).
- B. **El efecto de esto es** agrandar las dificultades (aumentar el malestar) y focalizar la atención en el dolor aún más.
- C. **Además, las evaluaciones** que se hacen son predominante (sino exclusivamente) negativas. Son negativas respecto a su capacidad para enfrentarse al dolor y sobre sí mismo en general.
- D. **Finalmente, hay una sobregeneralización.** De una situación específica se desarrolla una conclusión general (<<no puedo pelar las papas... soy un completo inútil>>).

Cuando un problema de dolor persiste durante años, los pensamientos negativos y autodestructivos tienen un poderoso efecto sobre los individuos. Hacen que piensen de forma negativa y depresiva en sí mismos, la mayor parte del tiempo y que generen falsas ideas sobre su capacidad, que se repiten continuamente y que cada vez son más exageradas.

Además, y lo más importante, estos pensamientos generan un rechazo a actuar que interfiere con el uso de estrategias de enfrentamiento que está usted aprendiendo.

El bajo estado de ánimo y la baja autoestima pueden agravarse por problemas personales. Asimismo, las reacciones de la familia pueden contribuir a agrandar el sentimiento de derrota e indefensión.

¿Qué puede hacer para cambiar esta tendencia?

1. Lo primero que hay que hacer es tener claro cómo se reacciona ante los episodios de dolor intenso. Para ellos, es preciso que anote sus pensamientos cuando el dolor se intensifica o cuando comienza un episodio. Ha de descubrir en qué medida esos pensamientos son negativos y exagerados, hasta qué punto está usted generando pensamientos depresivos y de

derrota; investigue también como estos pensamientos contribuyen a no poner en práctica ninguna estrategia de enfrentamiento al dolor. Marque con un asterisco los pensamientos autodestructivos y depresivos.

2. El siguiente paso es darle la vuelta a estas reacciones habituales, cortarlas de golpe, y ser capaz de enfrentarse con el episodio de dolor. Al principio, esto es difícil y parece muy artificial, pero con el tiempo, este cambio se ira haciendo automático. Se trata de cambiar los primeros pensamientos que aparecen frente al dolor (pensamientos del tipo: <<No puedo hacer ni esto ni aquello>>; <<No puedo más>>; <<No puedo planchar, ya no soy capaz de hacer nada>>), pensamientos que expresan el sentimiento de indefensión y de inutilidad; por otros pensamientos de enfrentamiento, tales como:

a) <<Puedo controlar mi tensión relajando los músculos y respirando profunda y pausadamente>>; o <<Puedo dominar este episodio de dolor focalizando mi atención en estímulos externos al dolor>>; o <<Puedo continuar si lo hago de forma gradual o pausadamente>>; <<Voy a centrarme en las cosas que puedo hacer e ignorar las cosas que ahora son difíciles>>/

Estos pensamientos son: 1) positivos; 2) realistas (factibles); 3) llevan al paciente a actuar; 4) reducen la ansiedad y/o el pánico.

- b) Podrá ver que, al cambiar sus pensamientos negativos por otros positivos, evita caer en un círculo vicioso que magnifica y agrava el problema.
- c) Además de adoptar una actitud positiva hacia al el enfrentamiento con el dolor le permite recordar y practicar las estrategias de dominio del dolor de que dispone hasta el momento. Minimiza sus reacciones concentrándose en el control que obtiene por las estrategias, y eso a su vez, contribuye a que se reduzca la experiencia de dolor. Es conveniente que pruebe distintas estrategias, variándolas según sus necesidades. Al repasar patrones de dolor en el autorregistro, podrá predecir cuándo es probable que aparezca el dolor y en cuanto tiempo lo puede controlar. Ya sabe usted, por su autorregistro, que los episodios intensos no suelen durar mucho tiempo y que es solo cuestión de minutos (a veces de horas) llegar a dominarlo.

Por tanto, resumiendo, los pasos que tiene que dar son:

1. Tener claras sus reacciones y su habla interna durante los episodios de dolor.

2. Cortar inmediatamente esas reacciones/pensamientos y sustituirlas por pensamientos positivos de enfrentamiento activo.
3. Recordar utilizar las técnicas aprendidas cuando el dolor comienza a incrementarse. Debe considerar a partir de ahora que el dolor es un desafío al que hay que enfrentarse, un problema que se puede solventar. Esto es muy distinto a ver cada episodio de dolor como una prueba de su derrota, una señal de que se ha fallado. Si puede empezar a ver cada episodio de dolor como un problema que hay que solucionar, empezara a notar que su control sobre este aumenta y que el problema es cada vez menos intenso. Además, y esto es muy importante para los que tienen fuertes sentimientos de derrota, notaran que este método de enfrentarse al problema afecta a su estado de ánimo y minimiza su indefensión.

Uno de los círculos viciosos que se veía al principio del programa era el que se establece entre los continuos problemas provocados por el dolor crónico y el estado anímico, que suele ser muy bajo, tanto que muchas veces se puede hablar de la depresión. Cuando esto sucede, se pierde el interés por todo lo que antes era valioso, las personas se encuentran faltas de energía, tristes, no desean ver o hablar con otras personas, etc. Todos estos signos son indicio de depresión.

Ya sabemos que cuando uno está deprimido, su capacidad para enfrentarse con el dolor se reduce y la tolerancia al dolor se hace mucho menor. Los pensamientos que rondan entonces su cabeza son negativos y autodestructivos y contribuyen a elevar el nivel de dolor. Cuando una persona ha tenido esos pensamientos durante mucho tiempo, es posible que ya no sea capaz de distinguirlos de la misma experiencia de dolor, que estén integrados en ella.

Para dominar el problema de dolor es importante identificar estos sentimientos de indefensión y derrota y pensar en la manera de reducirlos. De hecho, y sin darse cuenta, ya ha dado usted algunos pasos hacia esta meta. Una forma importante de mejorar su estado de ánimo es realizar más actividades, tal y como está haciendo; también el ejercicio es un excelente método para mejorar el humor. Habrá notado que, cuando hace ejercicio, su ánimo se eleva y seguro que ahora el ejercicio es un deseo más que una prescripción que hay que cumplir.

Enfrentarse con los pensamientos producidos por el dolor es otra forma de reducir los sentimientos depresivos. Cambiar los pensamientos negativos por otros positivos y de acción le ayudara a dominar la depresión provocada por la experiencia de dolor.

Otra estrategia importante es considerar los placeres que se concede usted en este momento. A menudo, cuando la gente se siente mal, deja de realizar actividades que le gustaban y con las que

disfrutaba. Lenta y gradualmente, va abandonando todo lo que le daba placer y eso contribuye a la tristeza y depresión. Hay que combatir esta tendencia con un retorno a las actividades que le proporcionaban placer, o a otras nuevas con las que puede disfrutar ahora, a pesar del dolor. Encontrará que hay muchas actividades que le gustan, que no hace, pero que podría hacer cada día. Haga una lista de todas las actividades, sucesos y situaciones que resultan placenteras, desde la más trivial hasta la más complicada de realizar. Puede incluir en la lista sus comidas favoritas, una pieza musical que le agrade, libros, programas de televisión, amigos con los que le gustaría hablar, y demás. Defina estos placeres de la forma más precisa y realista posible (es posible que pueda usted viajar al extranjero, pero ¡es muy improbable que lo haga mañana!). Una vez hecha la lista, cada día tiene que llevar a cabo al menos tres de esas actividades, se encuentre como se encuentre. Por ahora, esto es una prescripción que debe cumplir. Es posible que al principio le cuesten un poco, pero a la larga se convencerá de que realmente está disfrutando y que no hay razón para no realizarlas. Una vez se haya acostumbrado a hacer tres o cuatro de estas actividades al día, trate de incrementar este número, de modo que haya muchas actividades y situaciones cada día que sean gratificantes para usted.

Revaloración o reinterpretación del dolor: Estrategia 7

Ha pasado usted varias semanas centrando su atención en la experiencia de dolor, registrándolo, descubriendo sus patrones y los factores que le influían; y ha visto que podía reducirse con diversas técnicas, entre ellas, la distracción y la atención a otros estímulos.

El dolor también puede reducirse o modularse por la propia valoración o interpretación que se haga de él. En efecto, los pensamientos que una persona tiene su dolor puede tener un efecto dramático en la experiencia de dolor. Por ejemplo los soldados, en la II Guerra Mundial, necesitaban muchos menos analgésicos al llegar al hospital que en el campo de batalla, y allí siempre se mostraban menos afectados que los civiles que tenían las mismas heridas. La situación era muy distinta para unos y otros, y esto influía en la interpretación de sus sensaciones. Los soldados habían sobrevivido y gracias a sus heridas ya no estaban al frente; por el contrario, los civiles tenían que enfrentarse con toda la angustia y ansiedad que supone una hospitalización y una intervención.

Recuerde el ejemplo del dolor en el pecho. La experiencia de dolor será muy diferente para la persona que cree sufrir un ataque cardiaco que para la que piensa que es una indigestión.

Otro ejemplo de la influencia de los pensamientos en los niveles de dolor lo vemos cuando se va a consultar un problema con el médico. Antes del diagnóstico, el dolor puede ser muy intenso. Después de hablar con el médico, conocer las posibles causas del trastorno y los medios para rectificarlo, el malestar se reduce aún antes de hacer nada. La comprensión del problema hace que este se perciba como menos severo.

También hay una diferencia entre una persona que conoce los efectos de la cicatrización de un tejido en la espalda o cuello, y la que no conoce esos factores e imagina que el dolor que siente es una señal de que su columna se está deteriorando. Mucha gente desconoce los procesos de fortalecimiento de sus cuerpos, y se preocupan por cualquier sensación, pensado que es el principio de un progresivo y rápido deterioro.

Finalmente, hay una gran diferencia entre el dolor que siente un individuo que cree que su cefalea se debe a un tumor cerebral y el dolor de otro que sabe que se debe a la inestabilidad vascular, hereditaria y no progresiva. Su valoración del problema de dolor diferirá en función de la comprensión y consecuente interpretación que haga del mismo.

Por tanto y resumiendo:

1. Es indudable que determinados pensamientos amplifican o agravan la experiencia de dolor, y dificultan que el sujeto emprenda acciones para reducir esta. Por el contrario, otros pensamientos contribuyen a controlar el dolor.
2. Las personas pueden ejercer un control voluntario sobre lo que piensan de su dolor; hay algunas técnicas que pueden ayudarle a reinterpretar el problema, pero lo importante es recordar que se puede controlar lo que se piensa.
3. La potencia de estas técnicas varía mucho de una persona a otra, por lo que debe practicarlas todas y decidir cual se ajusta a sus necesidades. En general, todas parecen muy útiles; especialmente si se aplican cuando el dolor no supera los 3 puntos (en una escala de 0 a 5).
4. Es necesario practicar mucho estas técnicas para que se desarrollen las habilidades adecuadas. Cuando sea necesario, puede pasar de una técnica a otra, intercambiándolas a voluntad.

Técnicas de revaloración del dolor

1. Transformación imaginativa del dolor (estrategia 7)

Ahora vamos a fijar la atención en las sensaciones que nos están molestando, con la idea de reinterpretar esas sensaciones con objeto de minimizarlas o trivializarlas. Para ello, le vamos a dar algunas ideas:

- Puede intentar imaginar y visualizar que la parte dolorida de su cuerpo se está acorchando, como si hubiera recibido una inyección de novocaína. Como la novocaína va viajando por su cuerpo hasta todas las zonas doloridas, usted va sintiendo cada vez más que la sensación de acorchamiento enmascara y oscurece todas las demás, y que no es capaz de distinguir otras sensaciones.

Intente imaginar que es insensible al dolor en la zona dolorida, aunque no en el resto de su cuerpo, pero que la zona que le duele es cada vez más incapaz de percibir el dolor.

Quizás para algunos sea más fácil imaginar que su cuerpo está hecho de goma, especialmente la zona dolorida. No puede recibir ninguna información, no puede sentir el dolor. Intente imaginar las consecuencias que aparecerían en su cuerpo, si borrarán con él.

Un ejemplo dado por un paciente. Su transformación imaginativa más potente y efectiva era pensar que el dolor era de chocolate. Pensaba que sus hombros eran de chocolate. A medida que se relajaba, iba calentando el chocolate y este se ablandaba y se derretía. Quizás esta imagen no sea válida para usted, y es por eso que le animamos a que busque sus propias transformaciones imaginativas.

2. Transformación imaginativa del contexto o la situación

Imagine una situación en la que las sensaciones que experimenta sean adecuadas. Es decir, las sensaciones son las mismas, pero las cambiamos de contexto. Puede imaginar que se hierde en un partido de fútbol, pero a pesar de ello, sigue jugando y consigue marcar varios goles. O puede imaginar que está cenando con un hombre maravilloso y que no quiere interrumpir la velada. O quizás que es un personaje a los James Bond, que está herido, y que ha de huir del enemigo en un coche sensacional. También puede imaginarse que está practicando su deporte favorito y que está forzando la zona dolorida para conseguir una meta, una buena marca, etcétera. Piense en una situación que le agrade mucho, e imagínese a usted mismo en esa situación, aceptando el

dolor como necesario para realizar la actividad que desea. Concentre su imaginación en esa actividad, separándola de la sensación de dolor.

3. Negación

Esta técnica consiste, en vez de aceptar el dolor y tratar de transformarlo, en negar totalmente el dolor, decirse a uno mismo que no le duele nada. Uno se puede decir que lo que siente es un ligero malestar, por la cicatrización, pero nada que indique un dolor continuo por sí mismo. Este método puede ser muy útil al principio de los episodios, ya que al negar y minimizar esas sensaciones, se contribuye a no exacerbar el dolor.

4. Limitar el dolor

Otra técnica que le recomendábamos que practique es la limitación del dolor, tener claros los límites del problema. Después de algún tiempo de sufrir dolor, se tiene la impresión de que el dolor se extiende por todo el cuerpo o en un área muy amplia. Centre su atención en el dolor y procure definir exactamente los límites de la sensación: parte del cuerpo, profundidad, extensión... de este modo, estará usted definiendo *las partes del cuerpo no afectadas por el dolor*. Mucha gente encuentra que este es un método útil para percatarse de que el dolor es limitado y circunscrito solo a un área.

5. Relocalización del dolor

Esta estrategia puede utilizarse combinada con la anterior. El objetivo es trasladar el dolor, de su posición actual, a un lugar no afectado. A menudo, es imposible de lograr, pero la atención requerida para intentarlo actúa como un paliativo. Esta técnica requiere un grado de concentración elevado. Experimente con su propio dolor, trasladándolo de un lado a otro de su cuerpo. Cuanta mayor sea la distancia entre las dos zonas, más atención requerirá.

6. Relocalización de los pensamientos a una zona no afectada por el dolor

Esta es una tarea de focalización de la atención que ha sido muchas veces útil para dominar los episodios de un dolor muy intenso. Trate de trasladar sus pensamientos a una zona donde no haya dolor, concentrando toda su atención en ese sitio, definiéndolo perfectamente. Por ejemplo, trate de imaginar que está usted concentrado y pensando ¡desde el pulgar derecho! Puede usted escoger cualquier área no afectada por el dolor y concentrarse en ella, tratando de <<*meterse dentro*>>de esa zona. Requiere una atención y una concentración considerables pero mucha gente la considera muy útil para dominar el dolor.

Sesión 8. Regular los niveles de actividad

Niveles de actividad

Cuando el dolor persiste durante meses o años, los pacientes van cambiando sus patrones de actividad, así como sus expectativas respecto a lo que son capaces de hacer. Ciertas actividades empiezan a asociarse con el dolor, o con incrementos del dolor. Gradualmente se fortalece la creencia de que cierto tipo de actividades agravan el problema. Es posible que, al principio, ciertos movimientos (correr, levantarse...) o ciertas actividades (arreglar la cama, interactuar con las personas...) pueden estar relacionadas con el dolor, pero a medida que este persiste, la relación se hace menos clara. Sin embargo, permanece la creencia en esta relación.

Parece que hay dos tipos distintos de reacción ante estas situaciones, que dependen de los factores de personalidad del paciente.

1. Por un lado, los pacientes tienden a reducir su actividad física o de cualquier tipo, para que no se produzcan incrementos en la intensidad del dolor (figura 4.a). Esto implica la clásica política de <<esperar hasta>>, muy frecuente entre los pacientes de dolor crónico. Incluye la tendencia a descansar, no hacer nada y esperar a que el problema se resuelva antes de emprender cualquier actividad. Como el problema persiste, el nivel de actividad baja más y más y, por supuesto, la frustración y la depresión se incrementan.

El dolor permanece o se incrementa a pesar de que el sujeto permanece descansando y hace lo mínimo posible, para no exacerbar el problema. Esto le reafirma en la idea de que no puede hacer ninguna actividad, con lo que el ciclo continúa.

2. Una respuesta alternativa es que el individuo realiza todas las actividades que le sean posibles, a pesar del dolor. De hecho, parece que hace incluso más actividades cuando tiene el dolor y adquiere excesivos compromisos que debe cumplir interrumpidos únicamente por episodios de dolor muy severos (que aparecen normalmente al descansar o después de dormir). En este caso, el individuo intensifica sus actividades, como para asegurarse de que el dolor no lo va a detener. (figura 4.b)

Estas dos reacciones producen resultados diferentes. En el primer caso se da una completa inactividad, mientras que en el segundo, hay un exceso, hasta que el dolor se hace insoportable. No está claro si estos dos patrones están relacionados. Es posible que el patrón de exceso de actividad seguida de colapso sea un precursor del patrón de reducción gradual de la actividad.

Por otro lado, también podrían ser reacciones independientes determinadas por las diferencias de personalidad de los pacientes.

¿Cuál es el resultado de estos patrones de actividad?

En ambos casos, las reacciones tienden a incrementarse con el tiempo. El individuo que espera que el dolor cese antes de realizar cualquier actividad se hace cada vez más inactivo e hipersensitivo a la estimulación. Sus reacciones al estrés (ruido, presión, otra gente, etc.), se intensifican, probablemente porque no se expone a estas situaciones a menudo. Empieza a perder su vigor físico y acusa más que cualquier esfuerzo que tenga que hacer. El dolor es igual cuando descansa, pero permanece la fuerte creencia de que cualquier actividad puede incrementarlo. Los pacientes abandonan todas las actividades placenteras y cualquier oportunidad para distraerse y apartar el foco de atención de su dolor. A menudo se encuentran aburridos, poco estimulados intelectualmente y socialmente aislados. La respuesta más probable a esta situación es el sentimiento de indefensión y derrota.

Los resultados de la sobreactividad en el otro grupo son un poco distintos, pero presenta solapamientos con el anterior. Los individuos empiezan a incrementar sus actividades, en la creencia de que, si se detienen, el dolor surgirá con más fuerza. No hay tiempo para el descanso ni la relajación. A menudo, el punto final de este ciclo es un episodio de dolor al despertar o descansar. Durante el día, estos individuos se mantienen frenéticamente activos. Los periodos de relajación y descanso empiezan a asociarse con episodios de dolor, por lo que se evitan a toda costa. Cualquier estímulo antes neutro, ahora puede producir una reacción de estrés, de modo que se eleva la agitación del individuo y les hace propensos a los episodios de dolor. Aunque no suspenden totalmente sus actividades, estos individuos tienen a menudo periodos de desfallecimiento y depresión, cuando su ritmo es roto por un episodio de dolor muy intenso. Estos sentimientos de depresión y derrota son muy parecidos a los que experimentan los sujetos del primer grupo.

¿Qué puede hacerse para romper este proceso? (espaciamiento de la actividad: Estrategia 8)

1. Lo primero que hay que hacer es evaluar la propia respuesta al dolor y ver en qué grupo se integra (puede ser en los dos también). ¿Abandona todas sus actividades o las intensifica, ante un episodio de dolor? O quizás usted trabaja demasiado en la oficina y se colapsa al llegar a casa. Normalmente, ¿distribuye sus actividades de modo que pueda realizarlas sin agobiarse?
2. Aclare qué actividades ha estado evitando, dejando para después de que pase el dolor y cuales realiza a pesar del dolor (haga una lista durante una semana).
3. Si la lista de actividades evitada es mucho más larga que la otra, empiece a pensar cómo podrá alcanzar sus metas a pesar del dolor. Probablemente, es más beneficioso trabajar ahora para conseguir una meta (sin esperar a que el dolor desaparezca), aunque sea de forma lenta y gradual. Anteriormente, esto le habría parecido imposible, pues no disponía de técnicas para dominar el dolor, pero ahora ya puede empezar a trabajar para lograr las metas propuestas. Quizás no pueda trabajar como lo hacía antes. Sin embargo, si empieza a pensar de forma constructiva, encontrará que hay actividades que puede realizar, menos difíciles e igualmente satisfactorias. El programa debe realizarse de forma gradual, incrementando poco a poco el tiempo empleado, manteniéndose en cada nuevo nivel durante 3 o 4 días y avanzando poco a poco. Recuerde que todas las nuevas actividades que emprenda debe hacerlo de forma gradual y no exigirse demasiado al principio. Si quiere abandonar la actividad, continúe haciéndola mientras se relaja.
4. Si, por otro lado, encuentra que su lista de <<actividades a pesar del dolor>> es más larga, va a tener que trabajar para limitar sus compromisos, de modo que pueda introducir pausas, cambios de actividad, etc. En su trabajo (relajación a intervalos regulares, ejercicios físicos para romper trabajos que requieren mucha concentración, etc.).

Si nota que empieza a reducir su problema de dolor, no debe considerarlo como una señal para volver a la actividad desmedida. Será un indicio de que la forma de abordar el problema es la adecuada. El objetivo en este caso es aumentar el tiempo dedicado a actividades placenteras no asociadas a episodios de dolor. Vaya dándose tiempo para descansar entre actividades, tiempo que llegara a ser muy placentero, porque no comporta estrés ni agitación.

5. Puede suceder que las dos listas sean aproximadamente igual de largas. En este caso, se le plantea una tarea más difícil, y también más interesante, ya que ha de utilizar ambas estrategias, según las necesite. Seguramente estará usted evitando solo tareas referentes a un área determinada de su vida (por ejemplo, su vida social o de ocio, debido a demandas excesivas en su trabajo). Si este es el caso, va a tener que tratar de igualar las dos partes de su vida, reduciendo las presiones en el trabajo e incrementando su actividad en casa, a pesar del dolor. Al reducir la presión en el trabajo, es más probable que sea menos reactivo en casa al dolor cuando aparezca. Además, ahora dispone de estrategias para contrarrestar sus efectos, lo que facilita que realice las actividades que le gustan. Escoja el patrón que más se ajuste a usted; lo importante es ajustar el nivel de actividad de modo que le permita el máximo disfrute de su vida a pesar del dolor; encontrar el punto en el que la actividad no exacerbe el dolor y le permita tener la estimulación social e intelectual que necesita.

En esta fase es importante reconocer si debe incrementar o reducir su nivel de actividad, pero sobre todo, saber que está ajustando ese nivel para obtener la máxima satisfacción a pesar del dolor.

Relajación por claves (Estrategia 9)

Es muy útil disponer de un método que nos permita continuar a pesar del dolor. Algunas de las técnicas enseñadas son de gran ayuda en esos momentos. Ahora vamos a enseñarle un procedimiento de relajación mucho más corto que el que conoce. Si ha estado practicando la relajación diariamente, será capaz de relajarse en 5 o 6 minutos, sin abandonar la situación en que se encuentre. Para eso utilizamos un método de inducción por claves, en el que usted se relaja sin tensar antes, pensando por turno cada grupo de músculos. Utilice cada espiración de su respiración diafragmática, para extender la relajación por el grupo de músculos en el que está pensando. Una vez repasados los músculos, puede utilizar una imagen tranquilizadora, para mantener y profundizar la relajación. Muchos pacientes, cuando han llegado a este punto del entrenamiento, pueden realizar esta relajación por claves (las claves son cada espiración y las imágenes) en menos de seis minutos. Una vez alcanzado este nivel de actividad, puede uno relajarse mientras sigue con sus actividades. Esta técnica puede incorporarse a la vida diaria, y utilizarse cada vez que lo estime necesario.

Sesión 9. Revisión y conclusiones

Revisión de conceptos

Empezaremos considerando las diferencias que hay entre dolor agudo y los problemas del dolor crónico como el suyo, en el que el dolor está afectado por un gran número de factores, además de los físicos. Durante las semanas de tratamiento, habrá descubierto cuáles son esas influencias y como puede modularlas. Se habrá animado a probar las distintas técnicas enseñadas, de modo que ya sabe cuáles son las que mejor se ajustan a su problema. Es evidente que existen grandes diferencias entre individuos por lo que se refiere a la eficacia de esas técnicas, lo que no es de extrañar, dadas las diferencias de los pacientes tanto en los problemas de dolor que se presentan como en sus personalidades antecedentes. Es importante que cada persona pruebe todas las estrategias y elija las que le resulten más útiles. Una vez se ha hecho esto, la próxima meta es perfeccionar el uso de la técnica, de modo que al presentarse el problema de dolor, uno sepa con qué y cómo enfrentarse a él. Es como cualquier habilidad aprendida (como andar en bicicleta), cuanto más se practica, más potente es y mejores resultados se logra con ella. Durante los próximos meses se espera de usted que utilice las técnicas de forma regular, hasta que sean casi inconscientes en su vida, y definan como usted se enfrenta con el dolor.

Algunas estrategias se utilizan preferiblemente en los inicios de los episodios de dolor. Otras, como la relajación o el ejercicio, son técnicas preventivas, aunque mucha gente opina que son también útiles para el control específico de algunos episodios. Es probable que la utilidad de las técnicas se solape.

Algunas veces, la gente que ha progresado mucho en el dominio del dolor, se vuelven perezosos para usar las técnicas preventivas. Si con ello corren el riesgo de una recaída o la vuelta a problemas anteriores, deben retomar inmediatamente la práctica de las estrategias preventivas. Si usted empieza a ser consciente, dentro de algunos meses, de que su control sobre el dolor se reduce, debería revisar inmediatamente su programa de ejercicios, la distribución de la actividad y las técnicas de relajación y difuminarían de la ansiedad para ver en qué medida se han abandonado durante el periodo en el que se ha creído no necesitarlas.

Después de haber acudido regularmente a las sesiones de tratamiento, es usted consciente de los cambios de los cambios que han aparecido (en su grado de ejercicio, en la utilización de drogas, en las actitudes y métodos para soportar el problema de dolor). Es ya todo un experto en cuanto

a la naturaleza del dolor crónico, y puede enfrentarse con él con mayor confianza. El alcance de los progresos que hacen los sujetos en programas como este varía, por supuesto, en función del problema de dolor, de su implicación en el programa y de otros factores de su vida personal. Muchos han sufrido el problema de dolor durante mucho años, y cuando más graduales sean estos cambios, más probables será que perduren. Los cambios milagrosos y repentinos suelen ir seguidos de recaídas también repentinas, así que es mejor alcanzar poco a poco progresos más estables. Hay que considerar también que el aprendizaje de las habilidades es gradual, que cuanto más se practiquen, mejor resultados darán y más habituales se harán en la vida normal del sujeto, exactamente igual que antes eran habituales ciertas conductas y actitudes frente al dolor.

Los efectos de los cambios

Durante el tratamiento puede haber descubierto algunos temas importantes para usted, que pueden o no estar relacionados con el dolor. Por ejemplo, puede haber descubierto que existía en su familia un equilibrio que dependía de su permanencia (y/o su incapacidad) en el hogar, con muy pocos compromisos fuera de casa. Después del tratamiento, este equilibrio se ha roto y recuperarlo requerirá tiempo y que se hagan algunos ajustes. Para su familia, y para usted, este proceso continuara durante el periodo de seguimiento, este equilibrio se ha roto y recuperarlo requerirá tiempo y que se hagan algunos ajustes. Algunas personas han tenido problemas durante el periodo de tratamiento (enfermedades, crisis...), mientras que otras no; para estas personas, los escasos accidentes les sirven para potenciar los efectos del tratamiento. Les han permitido reconocer las relaciones entre ciertas dificultades en sus vidas y su propio problema de dolor, y han empezado a trabajar constructivamente para enfrentarse con ellas. La reacción más normal ante cualquier recaída, durante o al final del tratamiento, es la de pensar: <<*Bien, ya estamos otra vez; nada me puede ayudar*>>. Esta reacción, por supuesto, previene cualquier intento de usar una estrategia adecuada y coloca al sujeto en la posición de incapacidad tan frecuente en el dolor crónico. De las discusiones de estas últimas nueve semanas habrá usted concluido que la reacción debería ser totalmente opuesta. Si ha hecho progresos durante el tratamiento, debería hacerlos también ahora. De hecho, sabe muy bien cómo conseguirlos, ya que ha trabajado en ello durante las últimas nueve semanas. Si lo piensa bien, se dará cuenta que debe hacer lo siguiente:

1. Reinstaurar las rutinas preventivas, empezando a un nivel bajo y practicando hasta alcanzar el nivel que ya había logrado.

Programa de tratamiento psicológico del dolor crónico

2. Distribuir sus actividades, de modo que se asegure que puede realizar las que son prioritarias y de que no está acumulando excesivas actividades en su vida diaria.
3. Incremente o retome su práctica de la relajación.
4. Revise los métodos que utilizo durante el tratamiento para enfrentarse con los episodios más difíciles. Relea los materiales, e intente recordar cómo se enfrentó al dolor anteriormente. Alguna gente, incluso, se ponen en un mini – tratamiento, utilizando estos materiales, practicando una estrategia cada día, para recordar su eficacia.
5. Recuerde la naturaleza física de los problemas de dolor. El problema pasara y su sobre-reacción ante el (ya estoy como al principio), solo añadirá problemas al problema y retrasara su reducción. Sentir el control sobre el dolor, al utilizar las estrategias, le ayudara a rechazar estos pensamientos y a alcanzar el nivel de mejora obtenido durante el tratamiento.

Cuanto más rápidos y/o mayores sean los cambios logrados durante el tratamiento más difícil será para los que conviven con el participante ajustarse a ellos. Aunque la mayoría de los familiares se alegran de sus progresos, están habituados a que usted se comporte de una manera determinada. Sus vidas se han amoldado a un patrón que se ajustaba antes al de usted. Algunos de los cambios que usted haga serán bienvenidos, pero les costara aceptar otros. Trate de ser consciente del efecto que los cambios que quiere hacer pueden provocar en su familia y de que ellos necesitan tiempo para ajustarse a esos cambios. Necesitan asegurarse de que los cambios van a ser positivos y de que reestablecerá un equilibrio, aunque sea diferente al de antes del tratamiento.

Se puede conocer el alcance de los cambios que ha logrado echando un vistazo a la hoja de metas que completo antes del tratamiento. Si hay objetivos que puede tachar porque ya los ha logrado, considere en que poco tiempo los ha conseguido, comparado con el tiempo en que ha sufrido dolor. Son una medida de lo que ha logrado por sí mismo y un recordatorio de lo útil que puede ser un tratamiento de este tipo. Ahora, algunas de las metas pueden parecerle inapropiadas; otras pueden ser demasiado complejas para alcanzarse en nueve semanas. Quizás desee reestructurar sus metas y escribirlas otra vez en una nueva hoja de metas. Esta tarea será ahora mucho más fácil, ya que conoce la clase de progresos que ha alcanzado durante el tratamiento, lo que permite predecir, de forma más precisa, lo que es capaz de lograr a futuro.

Resumen y conclusiones

Durante las semanas de tratamiento ha tenido la oportunidad de considerar los factores que influyen en su problema de dolor y de desarrollar maneras de reducir el dolor cuando se presenta. Se le señalaron varios círculos viciosos, al principio del tratamiento, porque son círculos en los que frecuentemente se ven atrapadas las personas que sufren dolor crónico. Durante ese tiempo, ha trabajado para romper esos círculos, practicando diversas técnicas que influyen en el nivel de dolor, algunas muy generales, como la relajación y el ejercicio, y otras más específicas, como la redefinición del problema, la reelaboración, el habla interna, etc. A lo largo de este periodo se han discutido temas tales como la relaciones entre algunos sentimientos y los niveles de dolor, de modo que ahora conocer mejor el tipo estresores y de factores relevantes para el dominio su propio dolor. En definitiva, se ha facilitado que mejore su comprensión del dolor y como controlarlo.

Ahora ya sabe usted que los factores físicos solo uno de los varios que afectan al dolor. Los factores emocionales y cognitivos (los pensamientos) son igual o más importantes cuando el problema de dolor persiste y aparecen los círculos viciosos.

Uno de los principales objetivos de un programa de este tipo es hacer de usted un experto en dolor crónico y, muy particularmente, de su propio problema de dolor. Ahora dispone de una gran cantidad de información y de ideas de cómo dominar los episodios de dolor y será un interesante desafío para usted ver como poco a poco usted va logrando mejora en su calidad de vida de ahora en adelante con el uso de las técnicas y perfeccionando las mismas.