

# Reflexiones en torno al tratamiento del dolor

**E**l tratamiento del dolor orgánico en el marco hospitalario es uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta la medicina en la clínica diaria.

En un hospital se trabaja en continua relación con el dolor, expresado comportamentalmente de diversas formas, singulares en muy diferentes casos como la forma de ser individual de este o aquel paciente.

Con frecuencia determinados patrones de expresión del dolor se normalizan, se manifiestan y describen al terapeuta de igual forma, fundamentalmente en casos de larga hospitalización, problemas crónicos o patologías de difícil diagnóstico y tratamiento.

En la evolución de la enfermedad, la desaparición del dolor adquiere una importancia fundamental para el paciente. Si no siente dolor o éste disminuye, el paciente vivenciará que mejora. Si el dolor persiste, el enfermo se defraudará.

Tradicionalmente la medicina ha intentado tratar o aliviar el dolor con procedimientos farmacológicos o quirúrgicos, conceptuando el dolor con notas exclusivamente fisiológicas.

Estos procedimientos no siempre consiguieron que desapareciera el dolor, incluso con relativa frecuencia el paciente construyó sus vivencias permanentes de dolor; en el mejor de los casos aprendió a ser farmacodependiente.

El dolor, según nuestra opinión, no es simplemente un fenómeno sensorial, básicamente orgánico. Bastaría con preguntarse por qué diferentes personas con igual problema físico sufren distintas intensidades de dolor, toleran umbrales de dolor contrapuestos o éste permanece más o menos tiempo en sus vidas.

Nos encontramos, pues, ante un

ANGEL RUANO HERNANDEZ  
*Dpto. de Psicología de MAPFRE*

fenómeno complejo, frente al cual la primera dificultad es su propia definición.

Desde un enfoque comportamental, el dolor tiene un marcado componente cognitivo, se trata de una percepción compleja, incluso cuando existe una base orgánica demostrable.

## LOS FARMACOS DEL DOLOR

Una revisión general de los fármacos más consumidos en nuestro país, confirma la farmacodependencia existente en torno al problema del dolor.

Así por ejemplo, entre los 500 medicamentos de mayor consumo en Madrid durante el año 1977, cinco analgésicos: *aspirina*, *optalidón*, *aspirina infantil*, *cafiaspirina* y *aspirina C*, se encuentran en los diez primeros lugares, ocupando la *aspirina*, el *optalidón* y la *aspirina infantil*, los lugares 1.º, 2.º y 3.º respectivamente (1).

En 1982 (2), se vendieron en España 813 millones de unidades de medicamentos, encontrándose entre los más vendidos los analgésicos y anti-piréticos, un 13% del total: *Aspirina*, *Nolotil*, *Optalidón*, *Cibalgina* y *Calmanate Vitaminado* entre otros.

Un estudio de Bernie O'Brien (3), miembro del Dpto. de Economía Sanitaria de la Universidad de Brunel, en Gran Bretaña, afirma que los ingleses consumen tal grado de tranquilizantes, sedantes y antidepresivos que el número de personas farmacodependientes crece un 355 por mil al año, situando a franceses, italianos y españoles en 2.º, 3.º y 4.º lugar respectivamente.

La O.M.S. (4), en su comisión de estupefacientes, refrendó la anterior



El dolor ha sido tratado tradicionalmente desde connotaciones exclusivamente orgánicas.



*Las revisiones generales de los fármacos más consumidos en nuestro país confirma la farmacodependencia en torno al problema del dolor.*

propuesta de esta Organización de controlar internacionalmente el consumo de tranquilizantes, sedantes, antidepresivos y psicotrópicos y su venta mediante receta médica obligatoria, considerando necesaria una mayor cooperación con la industria farmacéutica para el cumplimiento de estas recomendaciones y mejor garantía de salud pública.

#### OTRAS POSIBLES CONTRIBUCIONES AL TRATAMIENTO DEL DOLOR

La cronicidad, la falta de relación causa-efecto, la sintomatología dolorosa que no se corresponde a las lesiones sufridas, las referencias que el paciente hace a su dolor cuando para el médico han remitido ya las causas orgánicas que lo justificarían, etc., son importantes problemas con los que han de enfrentarse los profesionales que tratan el dolor.

A pesar de que generalmente se admite que los factores psicológicos son importantes en el mantenimiento y elaboración del dolor crónico, los componentes psicológicos son raramente el punto central de los intentos médicos de aliviar el dolor. Solamente cuando los intentos médicos fallan, como suele ocurrir en los pacientes con dolor crónico, se da credibilidad a los factores psicológicos.

Hasta este momento, la contestación más frecuente al problema del dolor suele ser la administración de analgésicos.

El paciente se establece progresivamente en su problema de dolor, deteriorándose la confianza que inicialmente depositó en el terapeuta, o bien administrándose los analgésicos a su criterio y libertad.

En los hospitales americanos, las aportaciones de las Ciencias de la Conducta al tratamiento del dolor,

hace tiempo ya que comenzaron a ser importantes.

En el marco del Goldwater Memorial Hospital de la ciudad de New York, por ejemplo, Hospital que cuenta con un amplio Servicio de Psicología y que tuvimos oportunidad de conocer, se vienen realizando por los Psicólogos interesantes aportaciones al tratamiento del dolor crónico, en conjunción con el resto del equipo sanitario (\*).

Partiendo de la conceptualización del dolor como un *afecto*, como una analogía de la ansiedad —la ansiedad es una respuesta a amenazas reales o imaginadas de la integridad de uno, y el dolor es una respuesta a amenazas reales o imaginadas de la integridad del cuerpo—, conceden una gran importancia al papel central que tienen los factores psicosociales en el mantenimiento y elaboración del dolor.

El poder del dolor como medio para influir a los otros se aprende muy temprano en la vida. Los frecuentes golpes, arañazos, heridas, etc., son parte importante de las experiencias infantiles. Las actitudes paternales hacia el dolor y la enfermedad desempeñan un papel importante para determinar el lugar del dolor en el repertorio conductual de la persona.

Algunas personas quedan profundamente empeñadas en confirmar y mantener una identidad como *persona dolorida* por causa del aprendizaje y de los sucesos fortuitos de la vida. El estilo de vida del paciente se centra frecuentemente en confirmar esta identidad. El dolor crónico para estas personas es un *viejo amigo*, cuya desaparición es poner en duda la legitimidad de sus quejas.

Etta Rybstein y Roy C. Grzesiak han realizado una importante revisión de las aportaciones de la Psicología del Aprendizaje al tratamiento del dolor crónico (5, 6, 7).

Ellos trabajan con pacientes discapacitados de diferentes edades y orígenes, generalmente con problemas físicos muy graves e irreversibles.

Ambos psicólogos han desarrollado métodos de tratamiento del dolor crónico basados en los procedimientos cognitivos de autocontrol.

Consideran como ejemplos princi-

(\*) Experiencias descritas al autor por los doctores Etta Rybstein y Roy C. Grzesiak, del Servicio de Psicología del Goldwater Memorial Hospital, New York, Abril 1978.

La experiencia en medios hospitalarios demuestra que esta actitud terapéutica es con frecuencia insuficiente.

pales de técnicas cognitivas las siguientes:

**Transformación imaginativa:** Es un procedimiento en el que la experiencia de dolor es cambiada por una fantasía que ocasiona la interpretación de sensaciones distintas al dolor, por ejemplo, imaginar que el brazo es algo frío e indoloro. Descrito y aplicado por Barber, 1963 (8), Blitz y Dinnerstein, 1968 (9).

**Desatención imaginativa:** Consiste en ignorar el dolor, ocupándose la mente del paciente en un objeto fantástico dirigido, por ejemplo pensar en sucesos agradables. Descrito y aplicado por Chaves y Barber, 1970 (10).

**Somatización:** Se centra la atención sobre el dolor, observando y analizando la parte del cuerpo afectada. Fue descrito y aplicado por Bobey y Davidson, 1970 (11); Evans y Paul, 1970 (12).

Los procesos de atención y cognición en la percepción del dolor son muy importantes.

El redirigir el foco de atención, el disociar los diferentes aspectos del complejo estímulo nocivo y el reinterpretar algunos de estos aspectos, puede llegar a tener un efecto analgésico.

En estas ideas principales se basan las técnicas cognitivas de tratamiento del dolor crónico desde una perspectiva conductual.

Pueden clasificarse en dos grandes grupos:

—**Relevantes:** tienen carácter reinterpretativo y están relacionadas con la experiencia de dolor, aunque son incompatibles con él, por ejemplo, imaginar la sensación de entumecimiento y ausencia de dolor.

—**Irrelevantes:** distraen mediante imaginaciones que simplemente absorben la atención del sujeto, por ejemplo, pensar en una pared en blanco.

La tarea terapéutica adiestrará a los pacientes en procedimientos cognitivos de autocontrol, aportándoles una conceptualización de su dolor, instruyéndoles para que sean conscientes de sus pensamientos antes y durante su experiencia de dolor, entrenándoles en la utilización de varias técnicas cognitivas para reemplazar estos pensamientos y reclasificar su experiencia de dolor.

Etta Rybstein y Roy Grzesiak realizan el tratamiento del dolor en situación grupal tratando de lograr tres fines principales:

—favorecer la ulterior consolidación del uso de las instrucciones;



Es necesario progresar hacia enfoques en el análisis y tratamiento del dolor más amplios, en los cuales se tenga siempre en cuenta que quien sufre el dolor es una persona, cuya respuesta comportamental será siempre singular y diferente.

Bastantes autores conceden una gran importancia al papel central que tienen los factores psicosociales en el mantenimiento y elaboración del dolor.

—capacitar a los pacientes en estos grupos para realizarse unos a otros un *role-playing* de las instrucciones;

—alentar a los pacientes para que se refuercen verbalmente entre ellos, cada vez que utilicen el procedimiento.

Ambos terapeutas toman con frecuencia medidas de la experiencia de dolor y realizan comprobaciones conductuales (13), lo cual les aporta amplia información sobre la marcha del grupo.

Otros investigadores han demostrado los efectos que las comunicaciones preparatorias que recibían los sujetos antes de la aparición del dolor, tenían sobre las cotas de dolor registradas.

El dolor parece ser manipulable cognitivamente. Se espera que un procedimiento integrado por la *reinterpretación* de esta experiencia sea efectivo en la reducción de la experiencia de dolor crónico. Así, por ejemplo, Langer y otros, 1973 (14), entrenaron a pacientes quirúrgicos para utilizar de forma efectiva sus recursos personales en el tratamiento de su dolor, en base a tres direcciones principales:

—la revisión cognitiva de los recursos generadores de ansiedad;

—la charla tranquilizadora sobre uno mismo;

—el control cognitivo mediante la atención selectiva.

Levendusky y Pankratz, 1975 (15), Khatami y Rus, 1976 (16), emplean técnicas de autocontrol con un tipo de tratamiento centrado en el medio ambiente. Con frecuencia la intensidad actual del dolor no encuadra únicamente a las dimensiones sensorial y afectiva del dolor, sino también a la experiencia pasada del paciente, a su talante y a sus expectativas.

El dolor puede representar en gran parte una petición de ayuda al ambiente, necesidad de comunicación o ser un indicador del estado emocional del paciente.

Por ello estas técnicas adiestran a los pacientes por procedimientos cognitivos a aumentar su tolerancia del dolor y también a emprender un programa de terapia de conducta con otra persona que sea significativa en su vida.

Sternbach, 1968 (17), describió con gran claridad la necesidad de *funcionamiento psicológico* para la experiencia de dolor, explicando tres tipologías diferentes en cuanto a la proyección

conductual del dolor, habitualmente encontradas en la clínica diaria:

—*el adicto*: generalmente protesta mucho ante la necesidad de medicación; con sus quejas se asegura un continuo suplemento de analgésicos, si bien insiste que mejor se sometería a cirugía que seguir tomando píldoras;

—*el somatizador*: no encuentra en absoluto relación alguna entre los sucesos de su vida, sus emociones y la intensidad de su dolor; blandamente niega que la vida presenta problemas excepto el dolor;

—*el confundidor*: no realiza el juego del dolor por dinero o analgésicos, más bien por empequeñecer y confundir al médico.

Sternbach anota que cuanto más famoso sea el médico, o mejor conocedor del problema del dolor, más gratificante será el juego para el paciente. Se sentirá ocultamente triunfante por tener al médico confuso. En frecuentes casos su dolor podrá ser conceptualizado como reivindicativo.

Este juego del dolor sirve para enfatizar el valor interpersonal del dolor y sugiere algunas consideraciones importantes sobre su tratamiento, ampliables a tratamientos diferentes.

Uno de los aspectos más importantes en todo tratamiento es el de la participación activa de todas las personas implicadas, incluido el paciente.

En la mayoría de los problemas médicos el paciente juega un papel pasivo, el medio hospitalario favorece con frecuencia dicha pasividad y potencia con su monotonía y rutina la autoobservación del paciente, así como su crecimiento en el papel de enfermo.

En el tratamiento del dolor, como en cualquier otro, el paciente y todos los profesionales deben jugar un papel activo, porque todos están implicados en el éxito de una u otra forma. Es necesario conseguir una implicación activa de todo el personal, incluido el propio paciente en el tratamiento.

En diferentes medios hospitalarios americanos, por ejemplo, se establece y rubrica esta participación mediante un contrato. El contrato de tratamiento clarifica la naturaleza del programa prescrito y las responsabilidades; nada se deja implícito (se fijan etapas, fines, etc...). Todo se define en términos observables, así como los niveles de actividad, de tal forma que no puede haber ninguna duda sobre si se ha alcanzado o no una meta específica.



El poder del dolor como medio para influir a los otros se aprende muy temprano en la vida. Los frecuentes golpes, arañazos, heridas, etcétera, son parte importante de las experiencias infantiles.

En el tratamiento del dolor, como en cualquier otro, el paciente y todos los profesionales deben jugar un papel activo, porque todos están implicados en el éxito de una u otra forma.

Cuando un contrato de tratamiento es definido adecuadamente, ambas partes tendrán una imagen clara de los deberes y obligaciones que se requieren para una participación con éxito en el tratamiento.

La conducta de todos los implicados en el tratamiento durante el programa, no su complacencia verbal en el encuentro inicial, indicará si todos se comprometen de forma responsable a llevar a cabo su trabajo o no.

En este contrato es necesario implicar a la familia.

La conducta de dolor puede ser reforzada por el medio; de forma más notable por la familia.

Implicar a la familia permitirá evaluar el grado de refuerzo que ésta aplica al dolor y las posibilidades de convertirla en agente de curación.

Cuando se elimina el problema hay que ayudar al paciente a reinstaurar una conducta correcta. Esta es una de las tareas más importantes y comprometidas de la rehabilitación. El paciente ha vivido posiblemente mucho tiempo como un inválido, con dolor.

Desde una perspectiva interpersonal, es importante conocer por todos los profesionales de la salud, que el cuidado tierno y afectuoso es considerado como un aspecto inherente al cuidado médico.

Actualmente, gran parte de los profesionales exponen en la literatura al respecto, que esta actitud no es del todo buena y entorpece la recuperación porque permite al paciente mantenerse demasiado tiempo en el papel de enfermo.

Cuando se trate de un dolor *confuso*, en el amplio campo vago e indiferenciado de la psicogénesis-somatogénesis, algunos profesionales han sugerido una división de responsabilidades a partes iguales: el médico u otro profesional de la salud es responsable del diagnóstico, pero el paciente está igualmente obligado a manifestar una base razonable o etiológica del dolor de que se queja.

En términos de responsabilidad en el tratamiento, el equipo asistencial es el responsable de establecer el mejor programa de tratamiento, el más comprensible, pero el paciente es responsable de llevar a cabo activamente las recomendaciones prescritas, que debe conocer de antemano en su contenido y extensión, no únicamente cuando se produce una falta de colaboración en el sentido recriminatorio para modificar su conducta.

El tratamiento en general implica colaboración, comunicación y cooperación. Esto ha de conocerlo el equipo de profesionales y el paciente. Además de advertírsele al paciente, de tratar que lo acepte, que rubrique la responsabilidad que le corresponde, los profesionales de la salud deben comprometerse en igual medida.

Efectivamente, el dolor no es un simple fenómeno sensorial, debe entenderse más bien como una percepción compleja, contiene en sí mismo un amplio componente cognitivo, incluso cuando hay una auténtica base fisiológica.

### CONSIDERACIONES FINALES

Ante la complejidad de la conducta de dolor, los intentos de tratamiento desde la perspectiva de las Ciencias de la Conducta, son relativamente recientes.

El programa prototípico en la mayoría de los tratamientos del dolor crónico es el operativo descrito por Fordyce, 1976 (18).

En nuestro país, la falta de Servicios Psicológicos en la mayoría de los Hospitales, mediatiza la investigación y el desarrollo de tratamientos conductuales del dolor o de la enfermedad en general, hasta ahora concebida, descrita y abordada en base a criterios orgánicos.

En nuestra opinión es necesario progresar hacia enfoques en el análisis y tratamiento del dolor más amplios, en los cuales se tenga siempre en cuenta que quien sufre o no el dolor es una persona, cuya respuesta comportamental será siempre singular y diferente. ■

### CUADRO N.º 1

Cuestionario sobre el dolor "Test de Melzak"

Enfermo N.º de Historia Fecha  
Enviado por Diagnóstico Edad

#### 1.—Tratamiento analgésico:

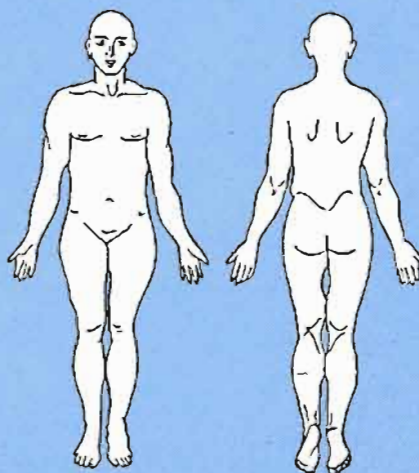
1. Clase de medicación:
2. Dosis:
3. Última dosis (antes de realizar el Test):

Estimación de la capacidad intelectual (marcar con un círculo): 1 (bajo) 2, 3, 4, 5 (alto).

Resultados de la prueba M.M.P.I.:

#### 2.—Localización del dolor:

Señale en estos dibujos las áreas, sitios o zonas donde Vd. siente dolor. Escriba una E si el dolor es externo o superficial y una I si el dolor es intenso o profundo, al lado de las zonas que Vd. haya marcado. Ponga E I, si el dolor es a la vez superficial y profundo:



#### 3.—Algunas de estas palabras describen su dolor actual. Ponga un círculo alrededor de las palabras que a su juicio describan mejor su dolor:

Si algún grupo de palabras no son adecuadas para esta descripción déjelas sin marcar, pase al grupo siguiente.  
Utilice solamente una palabra por cada grupo, aquella que a su juicio sea la que mejor describa su dolor:

1	2	3	4	5
PARPADEO	SÓBRESALTO	PINCHAZO	AFILADO	PELLIZCO
TEMBLOR	RELAMPAGO	PESADEZ	CORTANTE	PRESION
PULSACION	PUNZADA	TALADRO	LACERANTE	ROER
GOLPETEO		PUÑALADA		CALAMBRE
MARTILLO		LANCINANTE		APLASTAMIENTO

### CUADRO N.º 2

#### LOS DIEZ FARMACOS MAS VENDIDOS EN 1982

Miles de unidades

1. Aspirina .....	34.000
2. Optalidón .....	11.500
3. Pastillas Juanola .....	8.800
4. Clamoxyl .....	78.100
5. Aspirina C. ....	7.700
6. Dolo Tanderil .....	6.300
7. Hydergina .....	6.300
8. Frenadol .....	6.100
9. Cafiaspirina .....	5.700
10. Nolotil .....	5.100

"Los diez fármacos más vendidos en 1982".  
Fuente: Revista Afanor, información farmacéutica, año IV, número 24, pág. 40.

6	7	8	9	10
TIRON TORCEDURA ARRANCAMIENTO	CALIENTE QUEMANTE HIRVIENTE ABRASADOR	HORMIGUEO COSQUILLEO PICOR ESCOZOR AGUIJON	SORDO OBTUSO CORTANTE PROLONGADO PESADO	SENSIBLE TIRANTE ASPERO TERRIBLE
11	12	13	14	15
CANSADO AGOTADOR	MAREANTE SOFOCANTE	ESPANTOSO HORRIBLE TERRORIFICO	CASTIGO CRUEL TORTURANTE ASESINO	DESDICHADO CEGADOR
16	16	18	19	20
MOLESTO FASTIDIOSO MISERABLE INTENSO INSOPORTABLE	DISEMINADO IRRADIADO PENETRANTE DESGARRADOR	APRETADO ENTUMECIDO ATENAZADOR LLOROSO	TIBIO FRIO HELADO	MOLESTO NAUSEOSO ANGUSTIOSO ATROZ TORTURADOR DE SUICIDARSE

#### 4.—¿Cómo cambia o evoluciona su dolor con el tiempo?

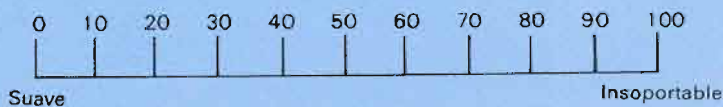
1. ¿Qué palabra o palabras utilizaría Vd. para describir el patrón de su dolor?

1	2	3
Continuo	Rítmico	Fugaz
Seguido	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Pasajero

2. ¿Qué clase de cosas alivian su dolor?

3. ¿Qué clase de cosas aumentan su dolor?

#### 5.—¿Qué intensidad tiene su dolor?



Si establecemos una escala numérica del dolor del 0 al 100, el dolor suave estará representado por el 0, mientras que el 100 representa el dolor insoportable.

Marque una cruz en la puntuación que coincida con su dolor.

#### 6.—Le pedimos que Vd. mismo clasifique y puntúe del 0 al 100 las siguientes preguntas:

1. ¿Qué puntuación daría a su dolor en este momento?
2. ¿Qué puntuación da a su dolor cuando es más intenso?
3. ¿Qué puntuación cuando es menos intenso?
4. ¿Cómo puntuaría el peor dolor de muelas de su vida?
5. ¿Y el peor dolor de cabeza que Vd. recuerda?
6. ¿Y el peor dolor de estómago de su vida?

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) "Los 500 medicamentos de mayor consumo en el año 1977". Revista Mundo Farmacéutico, vol. 5, núm. 37, junio 1978, págs. 215-224.
- (2) "A los iberos les duele la cabeza". Revista El Farmacéutico, núm. 1, marzo 1984, pág. 10.
- (3) "Los ingleses más neuróticos". Revista El Farmacéutico, núm. 2, abril 1984, pág. 13.
- (4) "Control internacional de tranquilizantes". Revista El Farmacéutico, núm. 2, abril 1984, pág. 13.
- (5) ROY C. GRZESIAK, PH. D. "Interpersonal Considerations in Chronic Pain". Presented at the 54th Annual Session of the American Congress of Rehabilitation Medicine, Miami, October 30, 1977.
- (6) ETTA RYBSTEIN-BLINCISK, PH. D. AND ROY C. GRZESIAK, PH. D.: "Cognitive Strategies in the Treatment of Chronic Pain: A Preliminary Study". Presented at the 11th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, December 11, 1977.
- (7) ROY C. GRZESIAK, PH. D.: "Chronic Pain: Observations on treatment and Theory". Presented at the 84th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D.C., September 7, 1976.
- (8) BARBER, T.: "Toward a theory of hypnotic behavior: Effects on suggestibility of task motivating instructions and attitudes towards hypnosis". Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963, 67, 557-565.
- (9) BLITZ, B. AND DINNERSSTEIN, A.: "Effects of different types of instructions on pain parameters". Journal of Abnormal Psychology, 1968, 73, 276-280.
- (10) CHAVES, J. AND BARBER, T.: "Cognitive strategies, experimenter modeling, and expectation in the affectation of pain". Journal of Abnormal Psychology, 1974, 83, 356-363.
- (11) BOBEY, M. AND DAVIDSON, P.: "Psychological factors affecting pain tolerance". Journal of Psychosomatic Research, 1970, 14, 371-376.
- (12) EVANS, M. AND PAUL, G.: "Effects of hypnotically suggested analgesia on physiological and subjective responses to cold stress". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, 35, 362-371.
- (13) MELZACK, R.: "The McGill Pain Questionnaire. Major Properties and scoring methods". Pain, 1975, 1, 277-299.
- (14) LANGER, E.: "Effects of cognitive advice and preparatory information on psychological, stress in surgical patients". Manuscript, Yale University, 1973.
- (15) LEVENDUSKY, P. AND PANKRATZ, L.: "Self-control techniques as an alternative to pain medication". Journal of Abnormal Psychology, 1975, 84, 165-168.
- (16) KATAMI, M. AND RUSH, A.: "A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptoms control, stimulus control and social system intervention". Manuscript Dept. of Psychiatry, University of Pennsylvania, 1976.
- (17) STERNBACH, R. A.: "Pain: A psychophysiological analysis". New York, Academic Press, 1968.
- (18) FORDYCE, W. E.: "Behavioral methods for chronic pain and illness". St. Louis Mosby, 1976.