

Desarrollo de un instrumento de evaluación conductual del dolor crónico

Carlos PAL-HEGEDÜS (*)
*Sección de Psicobiología
Escuela de Psicología
Universidad de Costa Rica
San José. Costa Rica*

En este artículo se presenta un sencillo autorregistro para la evaluación conductual del dolor crónico. Primeramente, se hacen una serie de consideraciones sobre otros instrumentos de evaluación conductual del dolor crónico señalándose sus limitaciones. Seguidamente, se pasa a describir el instrumento en cuestión y los distintos parámetros conductuales que evalúa. Este autorregistro evalúa la frecuencia, intensidad y duración del dolor crónico, así como también los estímulos discriminativos, antecedentes y consecuentes de la respuesta de dolor crónico. Por último, se señalan los posibles usos, ventajas y desventajas del autorregistro

Recientemente se ha ampliado y diseminado la utilización del autorregistro en la evaluación conductual. Según Haynes y Wilson (1979) esto se debe a dos factores: a- para algunas conductas-objetivo o conductas-meta, como las rumiaciones obsesivas y las migrañas, la recolección de los datos por observadores independientes o a través de otros medios externos pueden ser imposible y, b- la comprobación de los efectos reactivos asociados con el autorregistro ha generado interés como un procedimiento de intervención potencial.

Esto es especialmente cierto en lo que respecta al registro del dolor crónico como tal, ya que la vivencia del dolor es por definición subjetiva y multidimensional, aunque pueda presentar algunas conductas observables aledañas (Keefe, 1982).

Por otro lado, el autorregistro del dolor crónico, puede proveer de un medio para obtener información acerca de las conductas-meta antes de la intervención --por ejemplo: frecuencia, duración y antecedentes de la conducta-meta-- y cuando se aplica a través de un programa de intervención, puede dar una indicación de la efectividad del tratamiento (Haynes y Wilson, Op. Cit., p. 207).

En cuanto a la utilización del autorregistro para el dolor crónico, Epstein y Abel (1977) solicitaron a sus sujetos que registraran el dolor de cabeza y la tensión

asociada durante un período de una semana en una escala de autorregistro de seis puntos. En forma similar, Feuerstein y Adams (1977) indicaron a sus pacientes que monitorizaran sus migrañas en un formato o formulario diario en donde se incluía la frecuencia, duración y la intensidad del dolor de cabeza a través de la línea base, el tratamiento y las fases de post-tratamiento. Por otro lado, Mitchell y White (1977) solicitaron a sus sujetos que registraran la frecuencia de sus migrañas, la hora del día y los síntomas antes y después del dolor en un formulario semanal de autorregistro.

Por su parte, se han desarrollado algunos instrumentos o aparatos electromecánicos (Cairns, Thomas, Mooney y Pace, 1975; Sanders 1980) para medir el nivel de actividad del paciente que sufre de dolor crónico. Estos aparatos se basan en la suposición de que la actividad física es incompatible con estar recostado y quejándose. Aunque estos aparatos son bastante precisos, sólo pueden evaluar un rango limitado de conductas (Keefe, Op. Cit. p.897).

También se han hecho algunos esfuerzos por diseñar instrumentos que evalúen la percepción del dolor por parte del paciente. Generalmente los informes se hacen por medio de un «rating scale». Utilizando una variedad de este enfoque, Huskisson (1974) desarrolló la escala visual análoga (EVA o VAS) para evaluar la intensidad

* El autor desea agradecer las valiosas sugerencias del MSc. Miguel Solano Navarro, de la Escuela de Psicología, de la Universidad de Costa Rica.

del dolor en programas de tratamiento con pacientes que padecían de dolor crónico. Al paciente se le indica que debe seleccionar un número --normalmente de 0 a 10-- o una palabra (e.g. sin dolor, dolor leve, moderado o intenso) para describir la intensidad de su dolor. Desafortunadamente, esta escala tiene dos importantes problemas. Según Lodge y Thursky (1981) y Thursky, Janner y Friedman (1982) la escala mide sólo una dimensión --la intensidad-- de un fenómeno perceptual que es multidimensional y por otro lado, las distancias entre las respuestas en esta escala son desconocidas, pero usualmente son tratadas estadísticamente como si fueran iguales.

Como se ha visto según lo expuesto, la mayoría de los instrumentos de evaluación conductual del dolor crónico usualmente sólo evalúan una dimensión --o a lo sumo tres-- del dolor dejando de lado otros parámetros conductuales de importancia. Con este simple autorregistro para la evaluación conductual del dolor crónico, que se ofrece a continuación, se intenta obtener una

evaluación más completa del dolor crónico, con el fin de aumentar la objetividad y precisión de los informes de dolor crónico dados por los pacientes.

1. Descripción del instrumento

Este instrumento es esencialmente un formulario de autorregistro. Este formulario posee la ventaja de que sobre él se pueden anotar distintos parámetros conductuales que se asocian con la presencia del dolor crónico.

Este formulario es una ficha de cartulina de diez centímetros de ancho por diecisiete y medio centímetros de largo, impresa por los dos lados. En la figura 1 se presenta el anverso y reverso de dicha ficha. En primer lugar, en la parte de arriba, se anota el nombre del paciente y su número de historia clínica. Además se debe anotar la fecha y la hora (mañana o tarde) y el número del dolor que está experimentando en ese momento. Es importante anotar estos dos últimos datos, puesto que el primero de ellos puede permitir determinar

	Nombre: _____		
	Número Historia: _____	Fecha _____	Hora: _____ am pm
	Dolor n°: _____		
	Termómetro de Dolor (TD)		
	Dolor mínimo	Dolor medio	Dolor máximo
Anverso	0	1	2
	3	4	5
	6	7	8
	9	10	
	Intensidad del dolor		
	Duración del dolor	seg. min. horas	Intensidad del dolor
	Medicación: SI NO	Cuál: _____	
	Dosis: _____		
	• ¿Dónde estaba?: _____		
	¿Con quién: _____		
Reverso	Antecedentes: E ^d		
	Consecuentes: E ^r		
	Observaciones:		

Figura 1. Anverso y reverso de la ficha de evaluación conductual para el dolor crónico.

si alguna hora del día o evento específico está actuando como un estímulo discriminativo para la presencia de la conducta de dolor crónico. Por otro lado, anotar el número de dolor que está experimentando en ese momento permite obtener una contabilización o frecuencia del número de dolores presentados a lo largo del día. Es importante indicar que para cada dolor se debe llenar una ficha en forma completa.

Posteriormente, el paciente debe marcar con una equis o con un círculo en una escala visual análoga de diez puntos (Huskisson, 1974; Linton y Gøttestam 1983) o un termómetro de dolor (TD) la intensidad del dolor. La función de este termómetro de dolor es medir la intensidad del dolor experimentado como parámetro conductual. Este termómetro de dolor de diez unidades se encuentra dividido en fracciones de 5 unidades con el fin de que el sujeto tenga la posibilidad de dolor de diez unidades se encuentra dividido en fracciones de cinco unidades, con el fin de que el sujeto tenga la posibilidad de anotar valores intermedios. Cerca del cero, la intensidad del dolor sería mínima a efectos de referencia; alrededor del número cinco, la intensidad sería media cerca del número diez el dolor sería máximo.

Acto seguido, el paciente debe pasar el valor anotado en la escala visual análoga (EVA) a una casilla en blanco rotulada con el nombre de «Intensidad del dolor». Esto es un procedimiento de comprobación, a la vez que aumenta la precisión del autorregistro. Asimismo, el paciente debe percatarse de la duración del dolor ya sea en segundos, minutos u horas. Para hacer esto, se resta la hora cuando terminó el dolor a la hora cuando comenzó el dolor. Si se desea, con el propósito de incrementar la precisión de este parámetro, se puede usar un cronómetro electrónico o un reloj de pulsera.

Después, el sujeto debe anotar el hecho de si para eliminar el dolor, ingirió algún medicamento, el tipo de fármaco y la dosis. El fin de anotar esta información es la de determinar si el medicamento es efectivo para reducir el dolor, o si por el contrario está perdiendo eficacia. Este aspecto es importante, por cuanto le provee información al médico para un eventual cambio en la medicación o en la dosis.

En la parte de abajo del anverso de la ficha, el paciente debe indicar dónde y con quién estaba cuando se le presentó el dolor. Este dato es importante en tanto en cuanto, puede brindar información acerca de que si algún lugar o alguna persona está actuando como estímulo discriminativo que pueda reforzar positivamente la emisión de conductas asociadas al dolor (llanto, quejas, evitación de tareas o responsabilidades) (Fordyce, 1976).

En el reverso de la ficha, el sujeto debe indicar e identificar --si le es posible-- los estímulos antecedentes y consecuentes de su conducta. Esto se hace indicándolo al paciente que anote qué hace, dice o piensa él (o ella) y las personas que se encuentran a su alrededor en ese momento, justamente ANTES de que se le presente el dolor. Asimismo debe percatarse qué tipo de cosas hace, dice o piensa él (o ella) y las personas a su alrededor DESPUES de que se presente el dolor. Esta información complementaria puede llegar a ser muy útil, especialmente en aquellos casos en que se desea hacer un análisis funcional de la conducta.

Por último, en la parte de abajo del reverso de la ficha, en el apartado de observaciones, el paciente debe

anotar cualquier dato que considere importante relacionado con el dolor, como por ejemplo: la localización del dolor o cómo se redujo o desapareció.

Con respecto al costo de este instrumento, se puede indicar que es más bien bajo si se compara con otros instrumentos de tipo electrónico o electromecánico ideados para un fin similar. El costo de 500 fichas es de aproximadamente unas 1.800 pesetas y unas 2.400 pesetas para 1.000 unidades.

2. Posibles usos, ventajas y desventajas

Este sencillo autorregistro puede ser utilizado en todos aquellos casos de dolor crónico en los cuales se sospeche que la conducta en cuestión es mantenida por variables medio-ambientales, por refuerzo positivo administrado por personas relevantes para el paciente, por la evitación de tareas desagradables o donde el paciente puede obtener ganancias secundarias de su enfermedad ya sean sociales o económicas.

De esta forma, se podría utilizar en artritis reumatoide, cáncer, trastornos gastrointestinales, migrañas, dismenorrea y dolor lumbar por citar algunos.

Dentro de las ventajas de este instrumento, indudablemente la principal es su bajo costo. Por otro lado, es de fácil transporte, sencillo de utilizar y es poco intrusivo en el ambiente del sujeto comparado con un aparato electromecánico.

Además posee la ventaja de que se consideran distintos parámetros conductuales del dolor crónico por lo que se obtiene una evaluación multidimensional del dolor. Por otra parte, su formato permite su almacenamiento en un fichero o en un disco flexible (floppy disk) con el propósito de hacer los respectivos gráficos y análisis estadísticos que sean necesarios. El paciente puede guardar las fichas y entregarlas al terapeuta cada semana o también para ganar tiempo las puede enviar por correo.

Dentro de los inconvenientes o desventajas de este autorregistro, se tiene por ejemplo el extraviar algunas fichas, el olvidar llevarlas consigo o errores en la cumplimentación de las mismas, lo que puede llevar a un sesgo en la información obtenida. Para superar estos inconvenientes se sugiere al paciente que siempre guarde las fichas en un mismo lugar o que las agrupe por días o por semanas con una prensa de papeles; que siempre lleve consigo algunas fichas y por último, se deben de estandarizar las instrucciones para la correcta cumplimentación del autorregistro.

Referencias

- CAIRNS, D; THOMAS, L; MOONEY, V; PACE, D.B.: A comprehensive treatment approach to chronic low back pain *Pain*, 2: 301-308, 1975.
- EPSTEIN, L.H. y ABEL, G.G.: An analysis of biofeedback training effects on tension headaches. *Behavior Therapy* 8: 37-47, 1977.
- FEVERSTEIN, M y ADAMS, H.E.: Cephalic vasomotor feedback in the modification of migraine headache. *Biofeedback and Self-Regulation* 3: 241-254, 1977.
- FORDYCE, W.E.: *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Mosby Publishers, Saint Louis, Missouri, 1976.
- HAYNES, S.N. y WILSON, C.C.: *Behavioral assessment: Recent advances in methods, concepts, and applications* Jos-

sey-Bass Publishers, San Francisco, California, 1979.

HUSKISSON, E.C.: Measurement of pain *Lancet*, 2: 1127-1131, 1974.

KEEFE, F.J.: Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 896-911, 1982.

LINTON, S.D. y GOTESTAM, K.G.: Operant conditioning of pain reports: Laboratory validation and a model of chronic pain. *Ostmarka Hospital, Research Report Department of Psychiatry* Vol. 6, No. 20, 1983.

LODGE, M. y THURSKY, B.: The workshop on the magnitude

scaling of political opinion in survey research, *American Journal of Political Science*, 25: 376-419, 1981.

MITCHELL, K.R. y WHITE, R.G.: Behavioral self-management: An application to the problem of migraine headaches, *Behavior Therapy*, 8: 213-221, 1977.

SANDERS, S.: Toward a practical instrument system for the automatic measurement of uptime in chronic pain patients *Pain*, 9: 103-109, 1980.

THURSKY, B.; JAMMER, L. y FRIEDMAN, R.: The pain perception profile: A psychophysical approach to the assessment of pain report *Behavior Therapy*, 13: 376-394, 1982.