

El rol del psicólogo en una clínica del dolor: evaluación psicosocial y procedimientos terapéuticos

Luis JARANA EXPOSITO
Diputación Provincial de Sevilla
José M^a LEON RUBIO
Universidad de Sevilla (*)

En el presente trabajo se realiza una exposición eminentemente práctica de los contenidos funcionales del psicólogo en una clínica del dolor, tomando como base la experiencia de uno de los autores. De forma paralela, se abordan los aspectos conceptuales del fenómeno, los procedimientos e instrumentos de evaluación utilizados, así como las aportaciones terapéuticas efectuadas desde la psicología, y más concretamente, desde la perspectiva conductual.

En la actualidad, el dolor se concibe como un fenómeno complejo que afecta a las dimensiones biológica, psicológica y social del ser humano. Estas tres dimensiones del hombre están implicadas en la génesis, mantenimiento y consecuencias de la experiencia dolorosa.

Si se considera el dolor como la mera consecuencia de la aferencia nociceptiva, no se podrá responder a muchas cuestiones que se plantean en el estudio del tema. Sirvan como ejemplo las siguientes: ¿puede percibirse dolor sin causa orgánica aparente?, ¿puede sentirse más dolor del que justificaría la aferencia originada por el daño orgánico? ¿está relacionada la manifestación del dolor con la percepción del mismo? ¿se ve el dolor influido por causas ajenas al daño orgánico?

Resumiendo, las cuestiones que aquí quedan planteadas muestran la necesidad de intervención en el problema del dolor, no sólo desde el modelo médico, al resultar insuficiente éste, sino también desde otras ciencias, y en concreto desde la psicología, al resultar las variables psicológicas determinantes en el mantenimiento del dolor crónico y contar en la actualidad con un cuerpo tecnológico importante para el control del mismo (Fordyce, 1968, 1970; Blas y Labrador, 1984; Bayés, 1985).

Precisamente desde una perspectiva interprofesional, Pinsky y cols. (1979) describen el *síndrome del dolor crónico* incorporando los aspectos sociales, psi-

cológicos y biológicos que surgen en la génesis, mantenimiento y tratamiento del dolor. Dicho síndrome se caracteriza por:

1. Continuo cambio de humor y afecto.
2. Dependencia farmacológica con sus efectos colaterales en el sistema nervioso central.
3. Múltiples operaciones quirúrgicas y tratamientos con sus propios efectos colaterales mórbidos.
4. Aislamiento psicosocial y déficits en las relaciones sociales.
5. Conflictos interpersonales con personas significativas del entorno.
6. Desesperanza e indefensión en aumento a medida que el dolor persiste y no es aliviado por un número cada vez mayor de terapias diferentes.
7. Disminución de la autoestima, autoconfianza y sentimientos de valía personal.
8. Progresiva disminución de la habilidad para obtener vivencias gratificantes en su medio, contribuyendo a la aparición de aspectos depresivos.
9. Intensificación de la incapacidad física, si la hubiere, basada en la creencia de que el progresivo dolor es una señal de daño corporal en aumento.
10. En el caso de pacientes hospitalizados, conflictos con el personal sanitario teniendo como consecuencias insatisfacción y/o hostilidades.

Desde otros puntos de vista, Melzack y Casey (1968) integrando todos los factores, tanto neurofisiológicos como psicológicos y sociales del dolor, distin-

* Este artículo lo dedicamos al Dr. Eliodoro Murillo García, jefe de la clínica del dolor del Hospital Universitario «Virgen del Rocío» de Sevilla, por su continua dedicación y afán por aliviar el sufrimiento al ser humano, así como por el aliento y ánimo que, de forma ininterrumpida, nos ha proporcionado en el estudio, siempre difícil y complejo, del dolor.

guen tres dimensiones interdependientes en el mismo:

A) Sensorial-discriminativa, cuya función es la de transmitir la estimulación nociva, informando con precisión acerca de la intensidad, localización, duración, etc.

B) Motivacional-afectiva, que caracteriza el dolor como desagradable y aversivo, hecho que genera respuestas emocionales en el sujeto, tales como miedo, ansiedad, etc. ante la estimulación dolorosa.

C) Cognitivo-evaluativa, que significa el dolor en función de la experiencia anterior del sujeto, contexto social, valores culturales, creencias, etc.

La interacción de estas dimensiones de la experiencia del dolor dará lugar a una caracterización multidimensional de éste, en la cual tienen cabida tanto los aspectos sensoriales como emocionales, afectivos, cognitivos, sociales, etc.

Desde la complejidad del fenómeno, que puede ser claramente detectada en lo expuesto hasta ahora, no resulta sorprendente, como ha sido observado por Gallagher y Wrobel (1982, págs. 36-52), que *las clínicas del dolor aúnen sus conocimientos y las terapéuticas de diferentes especialidades y permiten una acumulación sistemática de datos, que de otra manera podrían perderse en clínicas especializadas y separadas.*

Independientemente, Melzack (1973) hizo observaciones similares acerca del funcionamiento de las clínicas del dolor, cuya razón de ser está, según él, en ser una oportunidad para intercambiar ideas y desarrollar proyectos imaginativos. Además, observó que el dolor no es meramente un síntoma que cada especialista percibe desde su propio punto de vista sino, más bien, que es el síndrome doloroso mismo lo que es examinado.

De esta conceptualización del dolor, donde resulta la complejidad del fenómeno debido a la interacción de los múltiples factores que intervienen tanto en la génesis como mantenimiento y tratamiento, se parte en esta clínica del dolor y es la razón de ser de la formación del equipo interdisciplinar de los que en ella desarrollamos alguna labor.

Evaluación psicológica y análisis funcional

El objetivo de la evaluación psicológica del paciente de dolor crónico es el de obtener información acerca de las tres dimensiones del dolor expuestas por Melzack y Casey (1968). La delimitación de las áreas de evaluación ha de realizarse en función de la relevancia de éstas, desde un punto de vista psicofisiológico, para producir un incremento o decremento del dolor. En primer lugar, se evaluará la experiencia dolorosa en cuanto a intensidad, frecuencia, duración y localización y, en segundo lugar, se considerarán aspectos directamente relacionados con el problema del dolor tales como ansiedad, conductas de dolor, aspectos cognitivos y, por último, características generales del comportamiento del sujeto que pueden jugar un papel especial en el desarrollo o mantenimiento del problema: depresión y repertorio de habilidades sociales.

La obtención de información acerca de estas áreas no concluye el proceso de evaluación, dado que la evaluación por separado o en su conjunto de las mis-

mas tiene muy poca utilidad, a no ser que se delimiten con claridad las relaciones funcionales existentes entre cada uno de esos aspectos y el problema del dolor. Es decir, que no se haga de forma genérica, sino referido a condiciones o situaciones concretas.

Para conocer esas relaciones funcionales, se utiliza como metodología el *Análisis Funcional del Comportamiento*, diseñado y derivado de la psicología experimental y, fundamentalmente, de la obra de Skinner (1959). Este procedimiento fue aplicado por primera vez al problema del dolor crónico por Fordyce y cols. (1968, 1973), iniciando con ello toda la investigación posterior sobre el problema.

La aplicación de esta técnica permite un conocimiento objetivo de las variables que influyen en el dolor así como de las relaciones existentes entre ellas.

Áreas de evaluación

1. Intensidad, frecuencia, duración y localización del dolor

El conocimiento de estas características del dolor constituye el punto de partida inicial, no sólo de la evaluación psicológica sino del diagnóstico médico. Estos datos van a proporcionar unos niveles de medida que pueden ser útiles para evaluar la eficacia de cualquier tratamiento posterior. De los parámetros indicados, algunos son claramente definibles como frecuencia, duración y localización; otros, como la intensidad, requieren sistemas subjetivos de medida. Las anteriormente citadas conforman medidas directas del dolor; pero resulta también de sumo interés el conocimiento de otras variables, como la tasa de ingestión de analgésicos, nivel de actividad física, social y laboral, estado emocional, etc... que constituyen medidas indirectas observables del grado de percepción de dolor del sujeto.

2. Ansiedad

La ansiedad ejerce un importante papel como potenciadora y facilitadora de la percepción del dolor. La tolerancia al dolor disminuye muy significativamente cuando el paciente se encuentra bajo un estado de ansiedad, cuya intensidad puede variar de acuerdo con condiciones ambientales y cognitivas (Vallejo, 1983).

La ansiedad actúa sobre el dolor a través de dos mecanismos. Por un lado, la tensión muscular, generando un círculo vicioso que J. Bonica (1977) define como dolor-tensión-dolor; en segundo lugar, facilita de forma genérica la percepción de dolor, pudiendo quedar este hecho ilustrado por el papel que determinados fármacos dirigidos al control del dolor ejercen sobre la ansiedad (Levine y cols. 1978; Mansky, 1978; Davis, 1979; Enrich y Millan, 1982).

Por tanto, la evaluación de la ansiedad constituye algo básico en el estudio psicológico del paciente de dolor crónico, siendo necesario establecer las relaciones funcionales existentes entre ésta y el dolor.

3. Conductas de dolor

Se define como tal a cualquier procedimiento observable mediante el cual el sujeto informa a las perso-

nas que están a su alrededor, que se encuentra bajo esa experiencia perceptiva (Vallejo, 1983). Dentro de ellas se incluirían no sólo quejarse verbal o no verbalmente, sino solicitar analgésicos o cuidados de cualquier tipo, así como realizar actividades consecuentes con el dolor (estar sentado, no realizar actividad laboral, no coger peso, etc.).

Cuando el paciente lleva a cabo una conducta de dolor puede obtener ciertas ventajas como afecto, atención, etc.; es decir, mediante ellas puede conseguir premios o evitar estímulos negativos. La conducta de dolor al ser premiada se incrementará, el sujeto estará más motivado para emitir una conducta similar en situaciones similares.

De esta forma, de acuerdo con Fordyce (1973, 1976), se puede producir un proceso de condicionamiento en tres fases:

a) Inicio: existencias de causas fisiológicas del dolor, que justificaría la ocurrencia del *imput* nocioceptivo y conducta de dolor.

b) Proceso de condicionamiento: mantenimiento de la causa fisiológica del dolor, conducta de dolor y reforzamiento contingente a dicha conducta.

c) Cronicidad: desaparición de la causa fisiológica del dolor o cuestionamiento del mantenimiento de ésta, conducta de dolor y reforzamiento contingente. En este momento la conducta de dolor se mantiene no por la causa fisiológica, ya inexistente o cuestionable, sino por la acción del reforzamiento, es decir, por el mecanismo de condicionamiento operante.

El hecho de que la conducta de dolor le reporte ciertos beneficios al paciente no quiere decir que utilice deliberadamente el dolor para conseguir tales beneficios, sino que ha aprendido la relación existente entre la emisión de una conducta y sus consecuencias. Por tanto, es inadecuado responsabilizar al paciente de cualquier grado de voluntariedad en su dolor. Todo lo anterior aparece resumido en el cuadro 1.

INICIO	Causa orgánica →	Conducta de dolor	
PROCESO DE CONDICIONAMIENTO	Causa orgánica →	Conducta de dolor →	Reforzamiento contingente
CRONICIDAD		Conducta de dolor →	Reforzamiento contingente

Cuadro 1. Adquisición y mantenimiento del dolor como conducta operante (Tomado de Vallejo, 1983).

4. Aspectos cognitivos

El paciente evalúa e interpreta su dolor de acuerdo con sus experiencias anteriores, o experiencias de personas próximas a él (Craig, 1978), así como con el contexto personal y ambiental en el que se produce dicho dolor. De este modo, la actividad cognitiva media la percepción del dolor (Melzack y Dennis, 1978).

La evaluación psicológica de los aspectos cognitivos es fundamental y se realizará mediante el análisis del habla interna, pensamientos y atención que el paciente presta al dolor.

En el caso del dolor crónico, la persistencia de éste hace que el paciente, de forma primordial y permanente, centre su atención en él. Este hecho supone que el pensar acerca del dolor constituye la principal actividad cognitiva del sujeto y, por tanto, no sólo le impide prestar atención a otros aspectos de su vida no ligados con el dolor y por tanto distractores de la percepción de éste, sino que le hace más sensible, dada su atención hiperselectiva al dolor.

5. Aspectos depresivos

La concurrencia de depresión y dolor ha sido mostrada por diversos autores (Pilowsky y cols., 1977), y es bastante frecuente que pacientes depresivos presenten dolor, siendo éste una manifestación sintomática del problema de base (Blumer y Heilbron, 1982), al igual que pacientes de dolor crónico se encuentren deprimidos (Fordyce, 1978). Lo cual, exige una especial atención en el proceso de evaluación ya que es necesario distinguir cuándo la depresión es previa al dolor y cuándo es consecuencia de éste; generalmente en los pacientes de dolor crónico la depresión suele ser consecuencia de éste (Grzeszyak, 1980).

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación utilizados más comúnmente son los que se relacionan: cuestionarios, entrevista clínica, autorregistros, registros, medidas psicofisiológicas.

1. Cuestionarios

A través de los cuestionarios se intenta conseguir información relevante sobre todos los aspectos que influyen en el dolor. El más usado en toda la literatura experimental es el cuestionario de McGill (Melzack, 1975) ya que fue el primero diseñado específicamente para la evaluación del dolor. El principal problema que presenta es que su resultado se ve mediado por el nivel cultural y la capacidad de discriminación del paciente. Otro problema adyacente consiste en lo problemático y difícil que resulta la traducción exacta de los términos descriptivos del dolor que el paciente ha de escoger del inglés al castellano.

También, sobre todo en Estados Unidos, se utiliza con frecuencia el test de personalidad *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) en la evaluación de los pacientes de dolor crónico. Ahora bien, su uso presenta distintos problemas, siendo el principal el de su inutilidad como instrumento que permita evaluar el dolor según evidencias experimentales (Rook y cols., 1981), lo que no debe resultar sorprendente ya que dicho test fue diseñado para la detección de problemas psicopatológicos en los que sí está demostrado su utilidad.

Con otros fines, Heaton y Cols. (1982) desarrollan un *Inventario Psicosocial del Dolor* (IPD) que proporcio-

na información sobre los aspectos relacionados con las conductas de dolor del sujeto, reforzamiento social, actividad laboral, etc.

En nuestra clínica del dolor se ha confeccionado un cuestionario propio en el que se recogen las aportaciones de los cuestionarios mencionados, así como una adaptación de éstos a las peculiaridades del medio social que cubre esta clínica junto a nuevos elementos introducidos por los autores de este trabajo. Se ha confeccionado de modo que pueda ser cumplimentado por el propio paciente al acudir a la primera consulta, y supone un punto de partida inicial en la exploración tanto psicológica como médica del sujeto. Las características de este Cuestionario quedan reseñadas en el siguiente cuadro:

0 - Instrucciones para su confección.
1 - Datos personales.
2 - Ansiedad.
3 - Frecuencia.
4 - Duración.
5 - Localización.
6 - Síntomas asociados al dolor.
7 - Intensidad.
8 - Historia del dolor.
9 - Conductas del dolor.
10 - Aspectos cognitivos.

Cuadro 2: Características del cuestionario utilizado en la Clínica de Dolor del Hospital Universitario «Virgen del Rocío». (Sevilla).

Junto al cuestionario mencionado, en la primera sesión también se administran al paciente tres pruebas específicas que proporcionan una información objetiva sobre áreas relevantes en la problemática del dolor, son:

- Inventario de Ansiedad –*State-Trait Anxiety Inventory*– (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) que informa sobre los niveles de ansiedad del paciente. Dicha prueba es realizada por el paciente durante todas las sesiones al principio y al final de las mismas, con lo que se detecta el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento, lo que nos proporciona información sobre el grado de efectividad del mismo.
- Escala de depresión autoaplicada de Zung, *A self-rating Depression Scale* (Zung, 1965). Esta escala es contestada por el paciente al comienzo y final del tratamiento psicológico. Proporciona información sobre los aspectos depresivos del sujeto.
- Escala *Locus control de la enfermedad* de Rotter (1966), que al igual que el anterior se contesta por el paciente en la primera y última sesión del tratamiento. Esta escala proporciona información sobre el grado de control que el paciente tiene de su enfermedad.

Las ventajas de emplear estas pruebas son varias. En principio están confeccionadas de forma fácilmente comprensible y pueden ser utilizadas con sujetos provenientes de cualquier nivel socio-cultural; al ser auto-aplicadas sus resultados no se ven sesgados por influencias extrañas y dada su fácil corrección resulta cómodo y barato su empleo.

Estos cuestionarios han sido baremados experimentalmente y son ampliamente utilizados en el campo clínico.

2. Entrevista clínica

Constituye el procedimiento esencial e insustituible de la evaluación psicológica del paciente de dolor. Realizada sobre la base de la información recogida en el cuestionario previo, debe estar dirigida a la búsqueda de las relaciones funcionales existentes entre los distintos aspectos cognitivos y conductuales y el dolor, siendo necesario, en algunos casos, no sólo entrevistar al paciente, sino a personas que convivan con él, con el fin de obtener la información más amplia posible sobre el problema.

3. Autorregistros

Consisten en el registro, por el propio paciente, de determinada información relevante respecto a la experiencia de dolor. Los autorregistros utilizados en la clínica del dolor en la que se realizó el presente trabajo proporcionan la siguiente información:

- Acerca de distintos índices de medida del dolor: intensidad, duración, frecuencia, actividad física, etc., que constituyen las variables dependientes para evaluar la eficacia del tratamiento.
- Sobre la ejecución de distintos tipos de actividades indicadas en el programa de tratamiento. Estos protocolos de autorregistros son proporcionados al paciente y, tras unas breves instrucciones sobre su utilidad y forma de realizarlos, son formalizados por ellos en sus propios domicilios.

4. Registros

Cuando existan dificultades o impedimentos que imposibiliten la realización de los autorregistros, dicha información puede ser recogida por los familiares, en casos de pacientes externos, o por el personal de enfermería en enfermos hospitalizados.

5. Medidas psicofisiológicas

En determinados casos de dolor la alteración de ciertas respuestas psicofisiológicas pueden constituir parte importante en la justificación del *input* nociceptivo que origina el dolor. En estos casos y dada la posibilidad de poder ejercer un control de dichas respuestas mediante técnicas de relajación y *biofeedback*, se hace necesario evaluar el grado de alteración de estas respuestas psicofisiológicas así como las condiciones en que dichas alteraciones pueden producirse.

Por último, de la realización de la evaluación psicológica y análisis funcional del paciente de dolor crónico, conviene destacar lo siguiente:

- 1º No presupone la necesidad posterior de aplicar un tratamiento psicológico para el dolor, pero dado que indica o descarta tal posibilidad al tiempo que abunda en el conocimiento del problema, es imprescindible su realización en todo paciente de dolor crónico.
- 2º Está dirigida desde un primer momento a la obtención de datos útiles para la posterior confección del programa de tratamiento.
- 3º Resulta imprescindible mantener abiertas las fuentes de información para observar si el programa de tratamiento elegido modifica (positiva o negativamente), no sólo la intensidad, frecuencia o duración del dolor, sino también las deficiencias psicológicas que justificaron la elección de tal programa.

Tratamientos psicológicos del dolor crónico

Los tratamientos más usados en los pacientes de dolor crónico han sido técnicas de relajación, *biofeedback*, control de conducta operante, terapia conductual cognitiva e hipnosis (Linton, 1982; Turner y Chapman, 1982).

Estos tratamientos pueden ser empleados por separado, o de forma integrada en un programa multimodal, hecho muy frecuente en la clínica y de gran utilidad (Khatami y Rush, 1982).

Técnicas de relajación

El entrenamiento en relajación persigue la potenciación en el paciente de una respuesta fisiológica incompatible con la ansiedad. En el dolor crónico esa potenciación de dicha respuesta tiene un doble objetivo:

a) Disminuir el grado de ansiedad asociado al dolor que favorece la percepción del mismo (Weisenberg, 1977).

b) Disminuir algunas de las respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad, como la tensión muscular, vasoconstricción, etc. que, como indica Bonica (1977), mantienen el ciclo dolor-tensión-dolor.

Las técnicas de relajación son eficaces en el tratamiento de distintos tipos de dolor crónico (Gessel y Alderman, 1981; Varni, 1981; Vallejo y Labrador, 1984) facilitando una disminución y frecuencia del dolor. Están especialmente indicadas cuando la ansiedad o tensión caracterizan el cuadro del paciente y deben ser dirigidas a la disminución de dicha ansiedad o tensión en aquellas condiciones en que estímulos específicos incrementan éstas.

Es una de las técnicas más frecuentemente utilizadas en nuestra clínica del dolor. El procedimiento se basa en la técnica de relajación de Jacobson (1938) y en líneas generales consiste en conseguir un estado de relajación muscular a través del contraste tensión-relajación. En una primera fase se le enseña al paciente la técnica en la propia clínica donde la practica para, posteriormente, proporcionarle las instrucciones de relajación grabadas en una *cassette* y practicarlas en su domicilio siguiendo las pautas marcadas en cuanto al número de veces y situaciones donde preferentemen-

te debe realizarlas. De esta forma los pacientes, en un breve periodo de tiempo, aprenden la técnica y con ello una nueva estrategia para afrontar su problema de dolor.

Control de conducta operante

Estos programas de tratamiento van dirigidos a modificar el papel que el refuerzo de las conductas de dolor pueden estar jugando en el mantenimiento del mismo. Pueden ser aplicados a todo tipo de dolor crónico en el que la conducta de dolor aparezca en la evaluación y análisis funcional del caso como responsable de la adquisición, mantenimiento y cronificación del problema. Estos programas fueron desarrollados por Fordyce (1973, 1976, 1978, 1982) y en la actualidad son ampliamente utilizados en Estados Unidos.

Tales programas han mostrado una gran efectividad en la reducción del dolor así como del incremento de actividad de los pacientes en distintos tipos de dolor crónico, tanto cuando han sido aplicados solos (Anderson y cols., 1977; Roberts y Reinhardt, 1980) como en conjunción con técnicas de relajación y/o *biofeedback* (Seres y Newman, 1976; Ignelzi y cols., 1977). No obstante, es necesario resaltar que los requisitos de aplicación de estos programas reducen considerablemente el número de pacientes al que pueden ser aplicados, al tiempo que su desarrollo exige, en algunos casos, una hospitalización de cuatro a seis semanas (Steger y Fordyce, 1982) lo que eleva el costo del tratamiento; sin embargo, dada su eficacia y la resistencia de estos tipos de dolor crónico a otros tratamientos, se justifica su aplicación.

Terapia conductual cognitiva

El objetivo de esta terapia en el tratamiento del dolor crónico es el de modificar los aspectos evaluativos y atencionales de la percepción de éste, dotando al sujeto de estrategias óptimas para reducir la intensidad y aversividad del dolor, de modo que éste altere lo más mínimo posible las actividades conductuales y cognitivas del sujeto (Tan, 1982; Turner y Chapman, 1982).

La técnica utilizada preferentemente es la denominada «inoculación de estrés», adaptada para su aplicación al dolor por Turk (1978, 1979, 1983).

Con este procedimiento técnico se persigue:

a) Que el paciente se haga consciente de su conducta inadaptativa inter o intrapersonal.

b) El proceso de autoobservación que se lleva a cabo actúa como estímulo para emitir conductas o pensamientos incompatibles con el dolor.

c) Que la naturaleza y contenido del habla interna del paciente (pensamientos, imágenes, etc.) sea modificada y produzca un cambio en las conductas manifiestas del mismo.

Dado el acercamiento global e integrador del problema de dolor que supone, estas técnicas han sido ampliamente utilizadas en diferentes tipos de dolor, mostrando su eficacia en la reducción del mismo (Cautela, 1977; Rybstein-Blinchick, 1979; Rybstein-Blinchik y Grzesiak, 1979; Hartman y Ainsworth, 1980).

Estas tres técnicas de tratamiento psicológico del

dolor crónico son las más utilizadas en nuestra clínica y, en función de la evaluación y análisis funcional del caso, se aplican bien solas o integradas constituyendo un programa multimodal, siendo esta última modalidad utilizada mayor número de veces.

Además de las técnicas reseñadas, en el tratamiento psicológico del dolor crónico son ampliamente utilizadas las técnicas de *biofeedback*. Estas, aplicadas desde las dos últimas décadas a numerosos problemas clínicos (Yates, 1980; Labrador, 1984), fueron inicialmente usadas en el tratamiento de las cefaleas tensionales por Budzynski y cols. en 1970 y desde entonces se aplican ampliamente a distintos tipos de dolor crónico: cefaleas tensionales, vasculares, dolor miofacial, lumbalgia, dolor neoplásico, etc., empleándose en cada caso el tipo de *biofeedback* más relevante a la respuesta biológica implicada en la patofisiología del problema.

Este tipo de técnicas, cuya efectividad ha quedado patente en la amplia literatura experimental existente (Budzynski y cols., 1973; Friar y Beatty, 1976; Belarr y Cohen, 1979; Cram, 1980), no se utilizan en nuestra clínica del dolor al carecer de la instrumentación necesaria para llevarla a cabo.

Por último, queda por reseñar la utilización de la hipnosis con el fin de producir en el paciente cierto grado de analgesia (Piano y Salzberg, 1979), aunque su difícil integración en programas multimodales no hace recomendable su uso.

Conclusiones

1. La intervención psicológica en el paciente de dolor crónico ha de estar caracterizada por el enfoque multidisciplinario que exige este trastorno. Por tanto, de la realización de la evaluación psicológica —tarea esencial del psicólogo— junto con el diagnóstico médico, deben derivarse los programas de intervención más adecuados para el caso. Así, se puede estimar la elección de uno o varios tratamientos psicológicos integrados, la utilización de un tratamiento psicológico y anestesiológico y/o quirúrgico simultáneo, etc.

2. Las técnicas de intervención psicológicas en el dolor crónico no están centradas exclusivamente en el paciente, sino que implican a su medio familiar y, en el caso de enfermos ingresados, a los profesionales de la salud que están en continuo contacto con el paciente.

3. El hecho de que los tratamientos psicológicos no sean yatrogénicos ni invasivos, facilita la compatibilidad con cualquier tratamiento médico, concurrencia deseada y bastante frecuente en la clínica.

4. El psicólogo debe realizar una acción formativa participando en seminarios y actividades similares, mostrando a los demás profesionales implicados en el estudio del tema (médicos especialistas, médicos generales, enfermería, asistentes sociales, etc.) las aportaciones de la psicología al estudio del dolor crónico, haciendo especial referencia a conocimientos prácticos que puedan ser útiles para saber en qué casos las variables psicológicas son de especial relevancia y, por tanto, está indicado un tratamiento psicológico, bien solo o acompañando a otros procedimientos médicos.

Además de las conclusiones expuestas, referidas principalmente a la labor del psicólogo en una unidad de dolor, se hace necesario la exposición de los objetivos que debe cubrir una clínica del dolor. De acuerdo con Madrid Arias (1986) éstos son:

1. Llevar a cabo un esfuerzo coordinado para revisar y actualizar el estado actual sobre la investigación, enseñanza y tratamiento del dolor.

2. Evaluar, tratar y rehabilitar enfermos con dolor crónico.

3. Evaluar y tratar aquellas situaciones de dolor agudo y subagudo (neuralgia postherpética, dolor visceral, etc.) que no respondan a las modalidades terapéuticas tradicionales.

4. Convertirse en centro de información para todos los profesionales implicados en el tema sobre métodos de tratamiento.

5. Evaluar los datos recogidos de otras unidades o clínicas sobre la eficacia de los diferentes métodos para aliviar el dolor intratable.

6. Evaluación de los métodos de tratamiento en uso para los distintos tipos de dolor crónico.

7. Formación de profesionales sobre los distintos aspectos en el estudio del dolor crónico, a través de seminarios, cursos postgraduados, etc.

8. Realizar estudios interdisciplinarios sobre el dolor, así como desarrollar programas de investigación básica.

9. Desarrollar un programa de información pública sobre las diferentes alternativas de control del dolor crónico.

Referencias

- ANDERSON, T.P.; COLE, J.M.; GULLIKSON, G.; UDGEN, A. & ROBERTS, A.H. (1977): *Behavior modification of chronic pain: treatment program by a multidisciplinary team*. Clinical Orthopedics, 129, 96-100.
- BAYES, R. (1985): *La Psicología Oncológica*. Martínez Roca. Barcelona.
- BELAR, C. & COEN, J. (1979): The use of EMG feedback and progressive relaxation in the treatment of a woman with chronic back pain. *Biofeedback and Self-Regulation*, 4, 345-353.
- BLAS, M.R. & LABRADOR F.J. (1984): Eficacia de las técnicas de relajación, biofeedback R.P.G. e inoculación de estrés para modificar la percepción del dolor inducido experimentalmente. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 10, 26, 513-532.
- BLUMER, D. & HEILRON M. (1982): Chronic muscle contraction headache and the pain prno disorder. *Headache*, 22 180-183.
- BONICA, J.J. (1977): Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery*, 112, 750-761.
- BUDZYNSKI T.H. & STOYVA J.M. (1973): EMG Biofeedback a controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- BUDZYNSKI, T.H.; STOYVA J.M. & ADLER, L. (1975): Feedback induced muscle relaxation application to tension headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 205-221.
- CAUTELA J. (1977): The use of covert conditioning in modifying pain behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 45-52.
- CRAIG, K.D. (1978): Social modeling influences on pain. En

- R.A. Sternbach (Ed.): *The psychology of pain*. Raven Press. New York.
- CRAM, J.R. (1980): EMG Biofeedback and the treatment of tension headaches: a systematic analysis of treatment components. *Behavior Therapy*, 11, 699-710.
- DAVIS, M. (1979): Morphine and naloxone: effects on conditioned fear as incasured with potentiated startle paradigm. *European Journal of Pharmacology*, 54, 341-347.
- ENRICH, H.M. & MILLAN, M.J. (1982): Stres reactions and the endophinergic system. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 101-104.
- FORDYCE, W.E. (1970): Operant conditioning as treatment method in management of selected chronic pain problems. *Northwest Medical*, 8, 580-581.
- FORDYCE, W.E. (1973): An opeant conditioning method for managins chronic pain. *Postgraduate Medicine*, 53, 123-128.
- FORDYCE, W.E. (1976): *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Mosby Company. San Luis.
- FORDYCE, W.E. (1978): Learning processes in pain. Em R.A. Sternbach (Ed.): *The psychology of pain*. Raven Press. New York.
- FORDYCE, W.E. (1982): Behavioral analysis of chronic pain. En R.S. Surwit; R.B. Willians; A. Steptoe & R. Biersner (Eds.): *Behavioral treatment of disease*. Plenum Press. New York.
- FORDYCE, W.E.; FOWLER, R.S. & DE LATEUR, B.J. (1968): Application of behavior modification technique to problem of chronic pain. *Behavior Research Therapy*, 6, 105-107.
- FORDYCE, W.E.; FOWLER, R.S. & DE LATEUR, B.J. (1973): Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 54, 399-408.
- FRIAR, L.R. & BEATTY, L. (1976). Migraine: Management by tramed control of vasoconstriction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 46-53.
- GALLAGHER, E.B. & WROBEL, S. (1982); Stick-role and chronic pain. En R. Roy & Tunks E. (Eds.): *Chronic Pain: Psychosocial Factors in Rehabilitation*. Willians & Wilkins, Baltimore.
- GRZESIAC, R.C. (1980): Chronic pain: a psychobehavioral perspective. En L.P. Ince (Ed.): *Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications*. Willians & Wilkins, Baltimore.
- HARTMAN, L. & AINSWORTH K. (1980): Self-regulation of chronic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 38-43.
- HEATON, R.K.; GETTO, C.J.; LEHMAN, R.A.; FORDYCE, W.R.; BRVER, E & GROBAN S.E. (1982): A standardized evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Pain*, 12, 165-174.
- IGNELZI, R.I., STERNBACH, R.A. & TIMMERMANS, G. (1977): Pain ward follow-up analyses. *Pain*, 3, 277-280.
- JACOBSON, E (1938): *Progressive relaxation*. University of Chicago Press. Chicago.
- KHATAMI, M. & RUSH, J. (192): A one year follow-up of the multimodal treatment for chronic pain. *Pain*, 14, 45-52.
- LABRADOR, F.J. (1984): Técnicas de Biofeedback. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.): *Manual de Modificación de Conducta*. Alhambra. Madrid.
- LEVINE, J.D. & MELIN, S.J. (1978): The narcotic antagonist naloxone enhaces clinical pain. *Nature*, 272, 826-827.
- LINTON, S.J. (1982): A critical review of behavioral treatments for chronic bening pain other than headache. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 321-337.
- MADRID ARIAS, J.L. (1986): Una Unidad para tratar el sufrimiento. *EL PAIS*, 23/4/86.
- MANSKY, P.A. (1978): Opiaces: human psychopharmacology. En L.L. Iversen, S.D. Iversen & S.H. Snyder (Eds.): *Handbook of Psychopharmacology (Vol. 12)*. Drugs of abuse. Plenum Press. New York.
- MELZACK, R. (1973): *The Puzzle of Pain*. Basic/Harper Torchboks, New York.
- MELZACK, R. (1975): The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-279.
- MELZACK, R. & CASEY, K.L. (1968): Sensory motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.): *The Skin sense*. Thomas. Springfield.
- MELZACK, R. & DENNIS, S.G. (1978): Nerophysiological foundation of pain. En R.A. Sternbach (Ed.): *The Psychology of Pain*. Raven Press. New York.
- PIANO, F.A. & SALZBERG, H.C. (1978): Clinical applications of hypnosis to three psychosomatic disorders. *Psychological Bulletin*, 86, 1223-1235.
- PILOWSKY, I; BONICA J.J. & CHAPMAN, C.R. (1977): Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. *Pain*, 14, 183-192.
- PINSKY, J.J. (1979): Aspect of long-term evaluation of pain unit treatment program for patients with chronic intractable bening pain syndrome: treatment outcome. *Los Angeles Neurological Sciences*, 44, 53-69.
- ROBERTS, A & REINHART, L (1980): The behavioral management of chronic pain: Long term follow-up with comparison groups. *Pain*, 8, 151-162.
- ROTTER, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- ROOK J.C.; PESCH, R. & KEELER, E.C. (1981): Chronic pain and the questionable use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 62, 373-376.
- RYBSTEIN-BLINCHIK, E (1979): Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 93-101.
- RYBSTEIN-BLINCHIK, E. & GRZESIAC, R. (1979): Reinterpretative cognitive strategies in chronic pain management. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 609-612.
- SERES, J.L. & NEWMAN, R.L. (1976): Results of treatment for chronic low back pain in the Portland Pain Center, *Journal of Neurosurgery*, 45, 32-36.
- SKINNER, B.F. (1959): *Cumulative Record*. Appleton Century-Crofts. New York.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. & LOSHENE, R.E.: *Manual for the statetrait anxiety inventory*. Consulting Psychology Press. Palo Alto. California.
- TAN S.Y. (1982): Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review. *Pain*, 12, 201-228.
- TURK, D.C. (1978): Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt & D.P. Rathjen (Eds.): *Cognitive Behavior Therapy: Research and applications*. Plenum Press. New York.
- TURNER, D.C., MEICHEMBAUND, D. & GENEST M. (1983): *Pain and Behavior Medicine*. Guilford Press. New York.
- TURNER, J.A. & CHAPMAN C.R. (1982): Psychological interventions for chronic pain: a critical review. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.
- VALLEJO, M.A. (1983): Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. Vol. 1, 3, 329-377.
- VALLEJO, M.A. y LABRADOR, J. (1984): Trastornos Psico-fisiológicos: Cefaleas. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.): *Manual de Modificación de Conducta*. Alhambra. Madrid.
- VARNI, J. (1981): Self-regulation technique in the management of chronic arthritic pain in hemophilia. *Behavior Therapy*, 12, 185-194.
- WEISEMBERG, M. (1977): Pain and pain control. *Psychological Bulletin*, 84, 1008-1044.
- YATES, A.J. (1980): *Biofeedback and the modification of behavior*. Plenum Press. New York.
- ZUNG, W.K. (1980): A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.