

Rev. Soc. Esp. Dolor
4: 254-262; 2006

Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid

G. Benito¹, V. Nadador², J. Fernández-Alcázar³, J. Hernández-Salvan³, M. Ruiz-Castro⁴, I. Riquelme⁵

Benito G, Nadador V, Fernández-Alcázar J,
Hernández-Salvan J, Ruiz-Castro M, Riquelme I.

Psychological interventions in Pain Clinics: A experiential proposal from the Pain Clinic of the Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

SUMMARY

Some psychological resources on the treatment of chronic pain are shown, trying to integrate them to be applied by a single professional with the maximum effectiveness.

Structured interview is chosen as the main tool for evaluation, the use of a survey is also recommended as a guide to cover the psychological aspects of the pain and the life with pain. In order to detect psychopathology, a test based on DSM-IV criteria is used.

¹ Psicólogo. Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

² DUE. Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

³ MIR. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Servicio de Anestesiología.

⁴ FEA Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

⁵ Psicólogo. Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Recibido: 12/01/06
Aceptado: 22/02/06

The evaluation process is always individual and it tries to expand the information already collected by the anaesthetists.

The suggested intervention is based on several group techniques. They are combined for each patient attending to which ones have shown effectiveness on the increase of autonomy.

Proposed techniques are: progressive muscular relaxation, respiration exercises and some cognitive techniques.

The resulting program covers the most studied psychological aspects of the chronic pain, and uses resources with well tested results on the treatment of chronic pain.

© Sociedad Española del Dolor. Published by SED.

Key words: Chronic pain, psychological evaluation, psychological treatment.

RESUMEN

Se muestran algunos recursos que la psicología aporta al tratamiento del dolor crónico, tratando de integrarlos de un modo efectivo para que los aplique un solo profesional dentro de la Unidad del Dolor.

Como herramientas de evaluación se recurre a la entrevista no estructurada, pero orientada con un guión que aborde aspectos psicológicos del propio dolor y de la vida con dolor. También se criban las posibles psicopatologías mediante un cuestionario basado en los criterios del DSM-IV. El proceso de evaluación es siempre individual y pretende ampliar la información ya recogida por los médicos.

La intervención propuesta se basa en diversas técnicas de aplicación grupal, combinando en cada paciente aquellas que se muestren útiles para aumentar su funcionalidad y autonomía. Dichas técnicas son: relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, técnicas cognitivas (transformación imaginativa del dolor y del contexto, desviación por medio del pensamiento y de estímulos externos y somatización).

El programa resultante aborda los aspectos psicológicos del dolor más estudiados, y aplica intervenciones de efectividad contrastada al máximo de pacientes abarcables por un

INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR: UNA PROPUESTA DESDE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS EN ALCALÁ DE HENARES, MADRID

255

sólo profesional. © Sociedad Española del Dolor. Publicado por la SED.

Palabras clave: Dolor crónico, evaluación, tratamiento psicológico.

INTRODUCCIÓN

En el campo de tratamiento del dolor, la psicología ofrece varios recursos que pueden contribuir a una mayor efectividad en su tratamiento como enfermedad y a una mayor adaptación del paciente en su vida cotidiana. Desde una perspectiva bio-psico-social del dolor, la intervención psicológica es necesaria para ofrecer una terapia efectiva, maximizando la adhesión al tratamiento médico y creando cambios en el estilo de vida y las actitudes del paciente que aportan beneficios en otros ámbitos. Si bien es cierto que hay pacientes que obtienen suficiente mejora clínica con los tratamientos médicos (con efecto puramente biológico), la experiencia en las consultas muestra un gran porcentaje de pacientes con aspectos psicosociales que interfieren en su tratamiento de modo significativo.

Este trabajo muestra un modo de organizar la actividad de un psicólogo dentro de una Unidad del Dolor, de modo que su función sea lo más útil posible tanto para profesionales como para pacientes. Organizar dicha actividad ha mostrado no ser en absoluto fácil, si partimos de que un solo profesional no podrá hacer frente a todas las posibles demandas, y de que la psicología como disciplina se compone de distintos enfoques que plantean soluciones diferentes para cada problema. El protocolo de acción resultante ha de situarse entre dos extremos de una línea: en un lado, abarcar el máximo de pacientes; en el otro, lograr el máximo beneficio terapéutico individual. Contando con que la intervención psicológica (como la del resto de disciplinas) requiere tiempo y al no disponer de suficientes profesionales, ha de conciliarse la minuciosidad necesaria para cada paciente, con una aplicación lo más amplia posible de cada recurso terapéutico. La elección principal de cada acción del psicólogo está entre abarcar más pacientes o asegurar más efectividad en cada intervención. En nuestro caso, inclinamos la balanza ligeramente

hacia alcanzar la efectividad máxima en cada tratamiento.

Los tratamientos citados deben orientarse específicamente a los enfermos de dolor crónico, así como precisar de suficiente apoyo empírico que justifique su uso en lugar de cualquier otra intervención. En este segundo punto es necesario tener presente estudios sobre la efectividad de intervenciones concretas en problemas concretos; si se piensa, además, en la escasez de recursos humanos, la administración de tratamientos con soporte empírico es una obligación. Existe abundante bibliografía respecto a este tema (que rebasa los objetivos de este artículo), recomendamos consultar la obra de Peter Fonagy y de Diane Chambless al respecto (1-3).

El siguiente diagrama (Fig. 1) muestra los pasos que seguimos en nuestra labor con los pacientes de dolor crónico. La estructura de nuestra Unidad y su integración con el resto de servicios del Hospital hacen que resulte relativamente fácil trabajar de este modo, no abogamos por la implantación de este esquema en todas las Unidades, sino por el encontrar en cada caso un modelo que permita a los profesionales maximizar su intervención con los pacientes.

La secuencia que seguiría un paciente en nuestra Unidad es la que se plasma en el gráfico. En el momento en que los anestesiólogos perciben indicios de problemas psicológicos, y en todos los casos en los que la medicación y las técnicas empleadas por ellos no consiguen que el paciente viva adaptado y sin dolor, se hace la derivación al psicólogo. El primer paso que hace éste es identificar posibles psicopatologías en el paciente (independientemente de que puedan ser causa o consecuencia del dolor crónico). Cuando el problema se debe a una mala adaptación a la vida con dolor, el paciente es derivado al Servicio de Salud Mental; cuando puede ser causa del problema, se le atiende en la propia Unidad del Dolor. A la par que la evaluación psicopatológica se realiza una evaluación global del problema de dolor del paciente. Los focos de atención aquí son dos: si el dolor es un elemento en el que se basan conductas desadaptativas para el paciente en su entorno, o si el paciente padece malestar psicológico o familiar y/o dependencia de los cuidados externos. Cuando en alguno de estos dos focos se detectan problemas, se pasa a evaluar el dolor en sus aspectos particulares; a partir del resultado de esta evaluación se procede a intervenir con los recursos correspondientes.

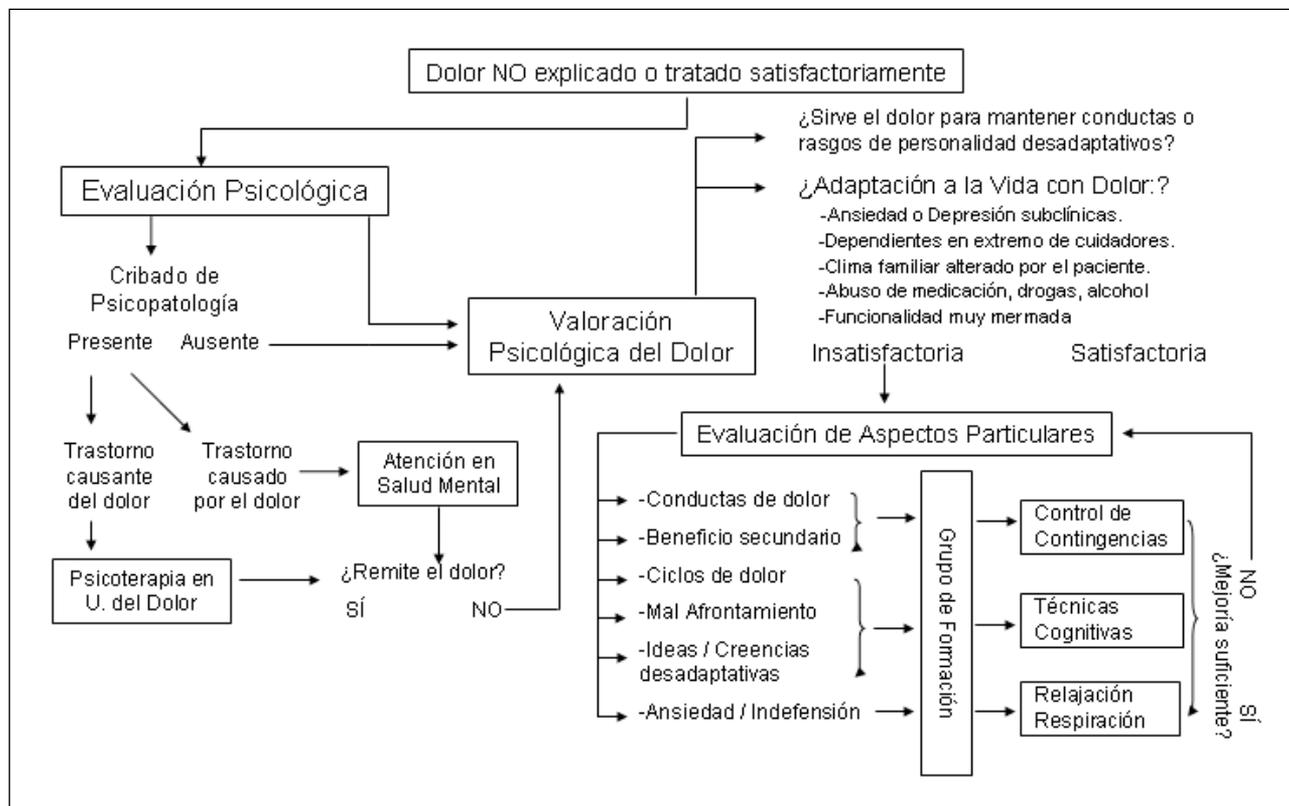


Fig. I. Algoritmo de trabajo en nuestra Unidad.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Cualquier intervención sanitaria ha de basarse en una correcta evaluación. Consideramos que la evaluación psicológica aporta información valiosa para todos los profesionales de la Unidad, no solamente para el psicólogo. Creemos muy recomendable informar siempre al resto de profesionales sobre los principales resultados de la evaluación psicológica (en nuestro caso, intentamos hacer esto en la mayor brevedad, tras terminar la sesión si es posible). En determinados pacientes, la evaluación psicológica resulta más que recomendable y se vuelve necesaria para que el resto de profesionales pueda realizar su intervención con éxito.

Algunos casos en los que médicos, enfermeras y rehabilitadores necesitarían partir de la evaluación psicológica para realizar su actividad serían los siguientes:

- Pacientes que viven malestar psicológico significativo (ansiedad, depresión, ira).

- Pacientes con importantes limitaciones funcionales.
- Pacientes cuya situación ha generado relaciones poco satisfactorias o estresantes en la familia, trabajo, grupo de amigos.
- Pacientes dependientes de la ayuda exterior (familiares, personal sanitario) o del tratamiento farmacológico.
- Pacientes que abusan del empleo de los servicios públicos de salud o que han acudido a profesionales privados en busca de determinado diagnóstico o intervención.

La importancia de la evaluación psicológica en estos casos radica en que permite estimar la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la experiencia de dolor de cada paciente. De este modo se logra identificar a aquellos que previsiblemente no obtendrán todo el beneficio esperable de la intervención médica.

Respecto a la actitud con la que proceder, cabe destacar que a muchos pacientes les resulta chocante que se les derive a un psicólogo para tratar un pro-

INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR: UNA PROPUESTA DESDE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS EN ALCALÁ DE HENARES, MADRID

257

blema de dolor crónico. En efecto, la visión que tiene mucha gente del dolor es la de un fenómeno completamente fisiológico y no entienden por qué han de ser evaluados o tratados en otros aspectos. A su vez, muchos pacientes pueden creer que se les esté tachando de enfermos mentales o de simuladores. En nuestra experiencia ha mostrado ser útil orientar la primera consulta con frases como “buscamos comprender cómo el dolor influye en la vida”, y “ayudar a que puedan llevarlo algo mejor”. Esta estrategia orienta la conversación hacia la experiencia general del paciente, y permite derivar progresivamente a los aspectos psicológicos concretos pertinentes en cada caso. Consideramos suficiente en esta primera entrevista delimitar en qué situación está viviendo el enfermo y las personas de su entorno, sin ahondar demasiado en los rasgos de personalidad del paciente que puedan estar mediando en el dolor y su afrontamiento.

En nuestro caso hemos optado por utilizar la entrevista como método principal de evaluación, dado que es el más versátil y permite entablar un clima de mayor confianza y cordialidad. Es necesario hacer un recorrido exhaustivo con cada paciente por todos los posibles campos relacionados con el dolor, lo que hace muy aconsejable contar con algún esquema (quizás un cuestionario) que permita guiar la entrevista sin dejar ninguna laguna. Más adelante, las posibles intervenciones psicológicas sobre el dolor se basan en información muy precisa, lo que implica que el resto del trabajo de evaluación utilice registros o autorregistros, pero nunca más entrevistas. Coincidimos con Miró en que en el proceso de evaluación se pueden adaptar u obviar ciertas pruebas, pero nunca se puede renunciar a la entrevista (4).

La primera sesión incluye un cribado de psicopatología para aquellos pacientes que muestren más indicios de padecerla, hemos optado por la escala MINI (5-7), que indica la presencia o ausencia de trastornos de los ejes I y II de la clasificación DSM-IV (8). La decisión de aplicar dicho test depende del juicio que el psicólogo se forme durante la evaluación de los aspectos referidos al dolor, dado que hacerlo por sistema consumiría muchos recursos (y se trata de una minoría de pacientes los que padecen psicopatología; en nuestra Unidad estimamos un 9%).

Los familiares, que frecuentemente acompañan a los enfermos a la consulta, aportan información muy útil respecto a la adaptación de éste a su entorno. Resulta muy productivo evaluar al paciente en solitario y, más tarde, acompañado de algún fa-

miliar (no creemos que entrevistar a los familiares sin que el paciente esté presente sea adecuado para la posterior relación terapéutica). Es frecuente ver diferencias entre lo que relata el paciente y la versión que dan sus acompañantes; la entrevista conjunta permite hacerse una idea más amplia del problema y dar a cada aspecto abordado una valoración más ponderada.

El resto de esta primera entrevista se dedica a indagar los aspectos psicológicos típicamente relacionados con el dolor. En función de ellos se estimará el grado de adaptación al dolor en la vida del paciente. Señalamos algunos puntos relevantes, así como algunas estrategias útiles para explorarlos.

Curso del dolor: cómo evoluciona diariamente y anualmente. Pedir a pacientes con dificultad de expresión que dibujen un gráfico, o que evalúen de 0 a 10 el dolor en la mañana, tarde, noche...

Limitaciones laborales, sociales, personales, etc., que ha conllevado el dolor (atender especialmente a qué cosas evita conscientemente para no sufrir dolor).

Circunstancias en las que mejora o empeora la experiencia de dolor. (Se refiere a aquellas que no dependen de su voluntad, como estados afectivos, vacaciones, etc.).

Estrategias del paciente para combatir el dolor: muy importante el uso que hace de los fármacos, sueño y descanso, drogas y alcohol. Explorar otras estrategias de afrontamiento.

Estrategias del paciente para adaptarse a la vida con dolor (muy interesante indagar los beneficios secundarios). Conocer la contribución de otras personas a la adaptación del paciente a su entorno. Preguntar “¿cómo pasas los peores momentos: qué haces, piensas, dices?”.

Planes de futuro: en caso de que el dolor disminuya o se mantenga. Expectativas.

Conductas de dolor¹: atender a su manifestación en la entrevista.

Se consideran la expresión visible o audible que un sujeto hace ante otras de su experiencia de dolor. Aunque no son centrales en estas intervenciones, estas conductas son el aspecto social más relevante del dolor, pues implican la intervención de otras personas ante las señales que emite el paciente. Por tratarse de un aspecto más relevante fuera de la consulta, el psicólogo no tiene total

control sobre él, pero ha de optar por evaluarlo y tratarlo (4).

Apoyo social percibido por el paciente. Tratar de saber cómo los familiares evalúan su trato con el paciente. Importante conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar y el impacto que ha supuesto que un miembro padezca dolor. Preguntar “¿cómo sería tu vida sin tu pareja, hijos...?”.

Ciclos de dolor: es frecuente que la forma en que se afronta el dolor tenga una misma consecuencia para determinados aspectos de la vida del paciente, la cual tiende a perpetuarse formando ciclos: dolor-inactividad-dolor, dolor-ansiedad-dolor, dolor-depresión-dolor, o dolor-tensión muscular-dolor.

También es frecuente tratar a pacientes cuya personalidad influye de modo determinante sobre el modo en el que afrontan el dolor (en nuestra experiencia son frecuentes los caracteres histriónicos²).

También se pueden identificar personalidades antisociales en las consultas de dolor con cierta frecuencia. Estos sujetos suelen acudir simulando síntomas con intereses rentistas. No es frecuente que se adhieran a intervenciones psicológicas, y suelen rehusar la evaluación.

El test MINI (6,7) abarca los trastornos de personalidad (eje II del DSM-IV), pero puede obviarse esa parte si en el resto de la primera entrevista no se perciben indicios. Sin entrar a valorar si se trata o no de pacientes con trastornos de personalidad, es aconsejable identificar a tales personas de cara a que los grupos terapéuticos en los que se les incluya no se vean muy alterados.

Dado que no todos los pacientes van a recibir un tratamiento individual, creemos importante aprovechar la evaluación para empatizar con ellos y mostrarles apoyo y comprensión respecto a la carga afectiva que conlleva la vida con dolor. Independientemente del grado de malestar que sufren los pacientes, es muy positivo que perciban cierto alivio en ese ámbito. De este modo se asegura una mayor confianza en los recursos psicológicos y más adhesión al tratamiento.

Partimos de que las terapias basadas en la empatía y la aceptación incondicional no son aplicables en nuestro dispositivo debido a las limitaciones de tiempo y a que no abordan específicamente el dolor.

Aun así, creemos muy importante que el trato con el psicólogo (y de todo el personal, si es posible) esté impregnado de la actitud de dichas terapias (9,10). El grado en que los pacientes precisan de tal relación es muy variable, dependiendo de los componentes afectivos y actitudinales con los que el paciente parece afrontar el dolor crónico. En todo caso, se abordan las sesiones con especial cuidado de generar un vínculo empático entre paciente y psicólogo, base para una relación colaborativa.

Cabe señalar que esta actitud empática y la relación de apoyo que se constituye con los pacientes no se pueden considerar como herramientas psicoterapéuticas. Los pacientes que padezcan trastornos psicológicos han de recibir una terapia independiente al tratamiento orientado al dolor crónico, aunque sea este un factor importante en el trastorno.

De cara a maximizar la eficiencia del trabajo del psicólogo, en los primeros contactos con cada paciente se toma toda la información necesaria para basar la intervención. Es importante no dejar pruebas “pendientes” de administrar antes de empezar ningún tratamiento; dado que la evaluación psicológica es un proceso continuo, conviene hacer al principio el trabajo más laborioso y rutinario que conlleva el cribado de psicopatología, lo referente a la situación social y la evaluación de la adaptación a la vida con dolor. De este modo, en las futuras sesiones no se evaluarán (previsiblemente) más que las variables relevantes para cada intervención.

Finalmente, contando con la escasez de recursos, creemos muy importante valorar la motivación para el cambio de cada enfermo y asegurarse el compromiso de que se van a realizar todas las actividades que implica el tratamiento fuera de la consulta. De todas las variables que afectan a la efectividad del tratamiento psicológico del dolor, creemos que la más importante es sin duda la motivación con que se recibe.

RECURSOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La psicología ofrece actualmente un gran número de intervenciones que se relacionan directamente con el dolor crónico o con conductas y cogniciones que influyen sobre el dolor y su afrontamiento. El enfoque bio-psico-social en el tratamiento del dolor implica un abordaje de los tres ámbitos para actuar sobre todos los factores implicados y la forma en que el sujeto lo afronta; no obstante, los recursos escasos nos fuerzan a intervenir principalmente sobre

INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR: UNA PROPUESTA DESDE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS EN ALCALÁ DE HENARES, MADRID

259

las variables psicológicas más relacionadas con el dolor y en menor grado sobre las otras dos áreas.

En este artículo no se pretende describir cada tratamiento, el lector puede consultar otras obras (4,9-12), pretendemos mostrar los recursos que hemos incluido en la Unidad, así como su forma de aplicación e indicaciones

La gran mayoría de recursos que se dan en esta Unidad son impartidos en grupo, de cara a llegar a un mayor número de pacientes. El trabajo en grupo tiene la gran ventaja de multiplicar el número de beneficiarios de cada intervención (aumentando entre un 500% y un 1.100% el número de pacientes tratados respecto al tratamiento individual). La gran desventaja de esta forma de trabajo es que no permite adaptar la actividad a las necesidades propias de cada paciente, su casi única aplicación en este campo es la de formar a los pacientes en técnicas que ellos podrán utilizar individualmente. Los recursos que administramos de forma individualizada son sólo aquellos que no admiten forma grupal, como son la evaluación de la adaptación al dolor y el tratamiento de posibles psicopatologías (que suele realizarse fuera de la Unidad).

Los tratamientos en grupo tienen la ventaja de que permiten a los pacientes tomar contacto con personas afectadas por problemas similares y reducir así cierto estrés producido por verse distintos, limitados o incapaces. También sirve para que aprendan las estrategias de afrontamiento que emplean otros pacientes, e incluso crear redes de apoyo entre enfermos. En lo referente a esta última función, también es necesario que esté presente el psicólogo, dado que algunas de las formas de adaptación al dolor que puedan relatar los pacientes no sean recomendables para otros.

Formación sobre el dolor: consideramos muy importante de cara al tratamiento que los pacientes tengan una idea clara de qué factores no médicos pueden estar influyendo en su problema de dolor y cómo se puede actuar sobre ellos. La adhesión al tratamiento (indispensable para lograr el éxito) se apoya tanto en el trato cercano mostrado al paciente como en la motivación y confianza en cada técnica empleada, por lo que resulta muy conveniente informar así a los susceptibles de ser tratados.

La forma de enseñar estos contenidos es en un grupo didáctico en el que se muestran algunos puntos claves en la relación del dolor con factores psi-

cológicos: teoría de la puerta de entrada³, ciclos de dolor, relación entre estado de ánimo y experiencia de dolor. Se trata de una sola sesión con una estructura similar a una clase magistral, el psicólogo expone sus contenidos y al final se abre un ciclo de preguntas. No se orientan estas clases a que los pacientes comenten su experiencia, pero resaltamos la importancia de que se les permita intercambiarlas al finalizar el período instructivo, así como de que perciban al psicólogo con cercanía e interés por su problema.

Creemos que este modelo (independientemente de su vigencia actual) resulta útil porque es fácil de comprender y aporta al paciente una forma de aumentar su sentimiento de control.

De cara a maximizar el rendimiento de estos recursos se recomienda hacer grupos equilibrados en cuanto a nivel cultural. De este modo resulta más fácil asegurarse la comprensión y mantener la atención de todos los miembros gracias a que se enfrentan a contenidos adecuados a su capacidad. Es muy recomendable contar con material gráfico para apoyar la explicación verbal, facilitando el entendimiento a los sujetos de nivel cultural más bajo; asimismo conviene usar un lenguaje claro, sin tecnicismos, y dar ejemplos frecuentes que los pacientes reconozcan como próximos a su vida (situaciones cotidianas, etc.).

En otro orden de cosas, la información aportada en esa sesión sirve como base para las técnicas cognitivas que se aplican después a algunos pacientes. También se resalta aquí la necesidad de la constancia y el esfuerzo personal en los tratamientos para llevarlos a buen fin.

Respiración: es una técnica de efectividad limitada, aunque puede suponer un primer acercamiento del paciente al control de su dolor. Su aplicación va ligada casi siempre a técnicas de relajación, pero son recursos independientes. Los fundamentos se pueden enseñar en una sola sesión de unas dos horas y media, aunque es conveniente en todas las técnicas aquí tratadas contar con más sesiones en las que evaluar los avances y resolver posibles problemas. Los efectos principales de las técnicas de respiración son sobre la activación fisiológica, se usan generalmente para reducir ansiedad. En el tratamiento del dolor tienen cabida como una forma de romper el ciclo ansiedad-dolor-ansiedad (como estrategia

previa a la relajación); asimismo existe una variación de esta técnica diseñada para ayudar a conciliar el sueño, la cual puede resultar muy útil a algunos enfermos (13).

Las técnicas de respiración son enseñadas en nuestra Unidad como el paso previo a las técnicas de relajación. De hecho, el programa didáctico de relajación incluye en su primera sesión esta técnica, siendo el beneficio obtenido suficiente para una minoría de pacientes.

Relajación: comprende una serie de técnicas que pretenden controlar ciertas variables fisiológicas por medio de ejercicios corporales y cognitivos (tensión-distensión muscular, respiración e imaginación de escenas-sugestión).

Las bases del efecto analgésico de la relajación están siendo aún discutidas, pero se admiten tres factores mediadores importantes (4), los cuales son explicados a los pacientes:

- En casos en los que el dolor está relacionado con la actividad muscular (dolor mecánico), la reducción del tono muscular conlleva reducir la estimulación nociceptiva, por tanto no se producirán tantos estímulos dolorosos.
- Al reducir el nivel de ansiedad los umbrales de dolor aumentan, luego estando relajado hará falta una mayor estimulación para experimentar dolor.
- La relajación (al igual que la respiración) implica concentrar la atención en procesos concretos. Esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos, lo que elimina o reduce sensiblemente la experiencia de dolor.

Como toda intervención psicológica, aprender a relajarse tiene un coste en tiempo y esfuerzo. El aprendizaje de la relajación muscular progresiva (que es la que empleamos por ser la más útil en estos pacientes y tener un período de instrucción corto) requiere de aproximadamente un mes de práctica con una hora diaria, así como del uso de autorregistros. Aunque esta técnica suele ser bien recibida por los enfermos, hay que resaltar la importancia del trabajo personal diario y creemos recomendable que los pacientes hagan un compromiso explícito.

Bajo nuestro punto de vista, el mayor beneficio que aporta la relajación (más allá de la reducción del dolor en momentos concretos) es la posibilidad que

brinda al sujeto para influir sobre su actividad psicofisiológica y su percepción del dolor. La convicción de que alguien es capaz de influir en su entorno y en sí mismo (locus de control) es una condición amenazada en los enfermos con dolor crónico, y son recursos de este tipo los que consiguen fortalecer su sentimiento de poder influir en su dolor (4,9-12). Los sentimientos de indefensión, al estar relacionados con la depresión, han de reducirse en la medida de lo posible, siendo esta técnica el primer paso para que el paciente se sienta con suficiente control de su vida. Por otro lado, las sensaciones agradables que conlleva la relajación (aunque más difíciles de alcanzar en estos enfermos) son una evidencia de que es posible disfrutar del propio cuerpo pese al problema de dolor y son, en cualquier caso, una forma de gratificación natural e inocua (pudiendo ser un sustituto para el abuso del alcohol, medicamentos o drogas). Cualquier método de instrucción es efectivo si se lleva a cabo correctamente (13-15).

Técnicas cognitivas: son un conjunto de intervenciones que tratan de modificar las creencias y pensamientos acerca de uno mismo, su situación presente y futura. Sus efectos implican también cambios en las emociones y el estado afectivo general del paciente (16-19). Estas intervenciones se aplican por lo general de forma individual (resulta muy importante que paciente y terapeuta desarrollen una relación de confianza, sinceridad y colaboración), pero también han sido desarrolladas formas de aplicación para grupos (20). En nuestra experiencia, la reestructuración cognitiva es la técnica que ha mostrado más dificultades de ser aplicada en grupo, dada la idiosincrasia de las cogniciones que se pretenden modificar; sin embargo, hay estrategias centradas en el control de la atención que sí son aplicables en grupo sin dificultad (transformación imaginativa del dolor y del contexto, desviación de la atención por medio del pensamiento y de estímulos externos, y somatización). Al igual que en el proceso de evaluación, este es un recurso en el que se puede introducir un componente empático que ayude al paciente a reducir su carga afectiva y a motivarle para afrontar el tratamiento.

Creemos que la aplicación individual de este recurso es más necesaria que cualquier otra, especialmente en aquellos enfermos que presentan distorsiones cognitivas e ideas irracionales que interfieren de forma clara con su actitud ante el dolor y el tratamiento (siendo éstos un número apreciable). Dado que los pacientes con tales características requieren de su modificación para afrontar el tratamiento con

INTERVENCIONES DEL PSICÓLOGO EN LAS CLÍNICAS DEL DOLOR: UNA PROPUESTA DESDE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS EN ALCALÁ DE HENARES, MADRID

261

garantías, se les atiende en sesiones individuales previas a la asignación de cualquier otro recurso (reciben como media dos sesiones, aunque es necesario para consolidar el uso de estas técnicas en torno a un mes de práctica por parte del paciente). Existe abundante bibliografía con la que orientar este tipo de intervenciones (20-22).

Sobre el manejo de contingencias: la vida con dolor crónico se convierte en muchos pacientes en un juego de dependencias de sus familiares. La intervención en este campo se centra en las reacciones de los familiares ante las conductas de dolor, las cuales se suponen estimadas en la primera entrevista. El modo de intervenir sobre ellas supone conocer y alterar los estímulos relacionados con las conductas de dolor de cada paciente. Este tipo de intervenciones se ha mostrado útil en la reducción de la toma de medicación y en el aumento del esfuerzo y resistencia físicos de los pacientes, pero su gran inconveniente es que conlleva demasiado tiempo de instrucción para el enfermo y las personas de su entorno, así como el empleo de autorregistros de información extensos y complicados. En nuestra Unidad se abordan únicamente en consultas en las que se introduce a los familiares al manejo de contingencias a un nivel básico, lo cual no pretende alcanzar un control adecuado de ninguna conducta concreta, sino ayudar a que el entorno del paciente no refuerce la dependencia del enfermo.

El modo tradicional en que se han aplicado todas estas técnicas para el dolor crónico ha sido en programas grupales que combinan bloques de las mismas (4,9-11). Este tipo de intervenciones requieren muchas horas diarias de disponibilidad del paciente (o incluso su internamiento), así como de varios profesionales de distinta formación y recursos materiales. El sistema público sanitario no puede ofrecer tales servicios; además, habría recursos que no resultan útiles para algunos pacientes y se les administrarían de todos modos. Ante esta situación, en nuestra Unidad se ha optado por administrar los recursos en grupos independientes, de modo que algunos pacientes reciben sólo aquellos que se estima que le resultarán más aprovechables. En el tratamiento multidisciplinar del dolor crónico se asume que cada paciente encontrará beneficios distintos con cada acercamiento, de modo que el tratamiento que mejor le ayude ha de ser una combinación de diversas técnicas que él mismo ha ido incorporando y combinando entre sí.

INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES

Se muestran aquí algunos de los trastornos más atendidos en la Unidad, el gran número de afectados de cada dolencia permite hacer grupos homogéneos en cuanto a sus rasgos clínicos. Recomendamos hacer grupos con enfermos con la misma patología siempre que se pueda, ya que facilita la labor al psicólogo y permite que los participantes intercambien experiencias con más facilidad.

Dolor con componente mecánico: técnicas de respiración y relajación. Durante el grupo de formación hacer hincapié en los ciclos de dolor; mostrar la importancia de mantener cierta actividad física para prevenir el empeoramiento del estado físico general.

Fibromialgia: técnicas de respiración y relajación, técnicas cognitivas. Intentar fomentar el ejercicio físico y el sentimiento de control sobre estados corporales. La atención a sus relaciones sociales es imprescindible, pues suelen referir mucho estrés derivado de ellas, pero por otro lado hay que cuidar que los pacientes (especialmente en grupo) no conviertan la intervención en un espacio solamente reservado para sus quejas.

Dolor neuropático: técnicas de respiración, técnicas cognitivas (distracción, transformación positiva). Importante desarrollar mayor percepción de control, fomentar la obtención máxima de reforzadores positivos en áreas no afectadas por el dolor.

Cefalea: técnicas de respiración y relajación. Existe abundante bibliografía específica (23-25).

Artritis: respiración, técnicas cognitivas. Al tratarse normalmente de una población de edad avanzada, hay que atender sus necesidades particulares. Es muy importante adaptar las técnicas y el modo de impartirlas a los estresores propios de esa edad (soledad, poca renta).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonagy P, Roth A. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York, The Guildford Press, 1998.

2. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 2001; 52: 685-716.
3. Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92:581-604.
4. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao, Desclee de Brouwer, 2003.
5. Ciaramella A, Grosso S, Poli P, et al. When Pain is not Fully Explained by Organic Lesion: a Psychiatric Perspective on Chronic Pain Patients. *European Journal of Pain*, 2004; 8:13-22.
6. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 1997; 12:232-241.
7. Bobes J. A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*, 1998; 13:198-199.
8. López-Ibor JJ (director), Valdés M (coordinador). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Edición española. Barcelona, Masson, 1995.
9. Philips H. Clare. El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid, Pirámide, 1991.
10. Esteve R, Ramírez C. El desafío del dolor crónico. Málaga, Aljibe, 2003.
11. Hosftadt C J, Uiles MJ. Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Rev Soc Esp Dolor*, 2001; 8:530-510.
12. Vallejo Pareja MA, Comeche I. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid, Fundación Universidad-Empresa, 1994.
13. Olivares J, Méndez FX. Técnicas de modificación de conducta. Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.
14. Calvo RM, Ruiz MA. Técnicas de relajación, relajación muscular, modificación de la conducta. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Centro de Diseño y Producción de Medios Audiovisuales, 1999.
15. Smith JC. Entrenamiento A B C en relajación. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1999.
16. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain anxiety. *European Journal of Pain*, 2005; 9:15-24.
17. Infante Vargas P. Estudio de variables psicológicas en pacientes de dolor crónico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 2002.
18. Vuuren B, Heerden H, Becker PJ, et al. Meeusen R. Fear-avoidance beliefs and pain coping strategies in relation to lower back problems in a South African steel industry. *European Journal of Pain*, 2005. En prensa.
19. Kolek M, Mazaux JM, Rasclé N, et al. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain. A prospective study. *European Journal of Pain*, 2005. En prensa.
20. Sank LI, Shaffer CS. Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1993.
21. Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. Nueva York-Londres, Guilford, cop. 1995.
22. Bond FW, Dryden W (editores). Handbook of brief cognitive behaviour therapy. Chichester, Wiley, 2002.
23. Blanchard EB, Andrasik F. El tratamiento del dolor de cabeza crónico. Barcelona, Martínez-Roca, 1989.
24. Capafons JJ, Avero P, Sosa CD, et al. El tratamiento del dolor de cabeza: una revisión meta-analítica de las intervenciones conductuales en España. *Psicología Conductual*, 1998; 7:85-106.
25. Rufo-Campos M. Tratamiento preventivo de las cefaleas. *Revista de Neurología*, 2001; 33:230-237.