

# Aspectos psicosociales del dolor

F.J. Gala<sup>1</sup> M. Lupiani<sup>2</sup>, C. Guillén<sup>3</sup>, A. Gómez Sanabria<sup>4</sup>, S. Lupiani<sup>5</sup>  
(Grupo Investigador en Psicología de la Salud. UCA. CTS-386-PAI)

## Resumen

*El dolor es una vivencia compleja: Se trata de una experiencia perceptiva y afectiva, que está condicionada por múltiples elementos interactivos (biológicos, psíquicos y socioculturales) que conforman el dolor total, lo que exige un análisis profundo e integral -psicosocial-, dado que la experiencia del dolor no puede ser reducida a meros mecanismos sensoriales biofísicos o bioquímicos. Si, además, le sumamos el importante peso epidemiológico y socioeconómico del tema, la oportunidad del enfoque psicosocial -cognitivo-conductual- es indudable.*

*Así, en el presente artículo, revisamos los diversos niveles de complejidad de la experiencia del dolor, desde la nocicepción hasta el sufrimiento y la conducta de dolor.*

**Palabras clave:** Dolor. Psicología de la Salud y Dolor. Conducta de Dolor. Dolor total.

## Summary

*Pain is a complicated personal experience: it is both a perceptive and an affective experience, conditioned by multiple interactive elements (biological, psychological, and sociocultural) that constitute the total pain. This requires a profound and complete analysis - psychosocial - given that the experience of the pain cannot be reduced to mere sensorial biophysical or biochemical mechanisms. If, in addition, we add the important epidemiological and socioeconomic weight of the topic, the opportunity of the psychosocial - cognitive-conductual - focus is undoubtable.*

*Therefore, in this article, we review the diverse levels of complexity of the experience of pain, from the nociception to suffering and the conduct of pain.*

**Key words:** Pain. Psychology of health and pain. Conduct of pain. Total pain.

---

<sup>1</sup>Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. UCA

<sup>2</sup>Profª. Titular de Enfermería Médica. UCA

<sup>3</sup>Catedrático de Psicología Social. UCA

<sup>4</sup>Prf. Asociado de Psicología Social. UCA

<sup>5</sup>Médico de Familia (A.P). Investigador del Grupo

**Correspondencia:** Dr. Fco. J. Gala León.  
UCA.

C/ Duque de Nájera, 18

11002 Cádiz

e-mail: francisco.gala@uca.es

---

“Nosotros buscamos el placer y procuramos huir del dolor (...) entre los constitutivos de la felicidad está el carecer de dolor”.

ARISTÓTELES – Ética (cap. XVIII)–

## INTRODUCCIÓN

El dolor es una *vivencia compleja* resultado de un peculiar malestar físico asociado a un estado emocional alterado; es un fenómeno subjetivo influenciado por el aprendizaje que, además, se desarrolla en un determinado contexto cultural (1). Así, las diversas investigaciones apoyan el considerar al dolor como una **compleja experiencia**, perceptual y afectiva, que está determinada tanto por los patrones de respuestas provocados en las neuronas sensoriales por estímulos físicos, como por el significado que estos estímulos tengan para el sujeto, su historia individual, aspectos culturales y de aprendizaje asociados a respuestas perceptuales anteriores, aspectos atencionales, grado de ansiedad, etc. (2), por lo que debe ser tratado desde una perspectiva **multidisciplinar**.

Por todo lo anterior resulta complicado y, tal vez, sea reductivo el clasificar al dolor como una sensación, una emoción o una reacción... es algo que enmarca y supera todo lo anterior, *preñado de subjetividad*, como no puede ser de otra forma dado que es *una vivencia subjetiva* y, como tal, debemos aclarar desde el principio que (3):

a.- El dolor es un síntoma y en absoluto un signo físico, por lo que nos remite indefectiblemente a una *información subjetiva del sujeto que lo sufre*.

b.- *No existe el dolor imaginado*: el dolor siempre es real y en él incluimos el concepto del dolor “psicógeno”, que por muy generado psicológicamente que sea no es irreal.

c.- *No existe una correlación directa y cuantitativa entre la intensidad de la experiencia emocional dolorosa y la cantidad de lesión hística que supuestamente la provoca*; más aún, puede que no exista tal lesión hística (4).

Sea como sea, de lo que no hay la menor duda, es de que el dolor es una de las **experiencias aversivas** más comunes en nuestra vida; esta vivencia desagradable y molesta, por *paradójico que parezca*, cumple una función biológica

**adaptativa** ya que nos avisa de objetos o situaciones que pueden ser peligrosos para nuestra salud o integridad (por ello, la cita de Turk y Nash –4– es bien elocuente “A pesar de la irritación, malestar o agonía redomada que puede causar, el dolor es esencial para nuestra supervivencia”). El dolor temporal o agudo funciona, pues, como una señal de alarma de un daño o de una enfermedad (5)... pero no siempre cumple esa función adaptativa; tenemos multitud de casos, como el dolor de un miembro fantasma o la neuralgia postherpética, en los que la percepción del dolor se prolonga mucho más allá del momento final del proceso de enfermedad o de curación de la herida; a veces –incluso– no ha habido herida alguna o daño orgánico responsable, como en la mayoría de las cefaleas; en estos casos el dolor ya no cumple ninguna función útil para el individuo, además, si se cronifica el dolor, pasa a ser un verdadero martirio que condiciona toda la vida del paciente y de quienes se encuentran a su alrededor (6): este proceso de cronificación suele coincidir, a más inri, con una disminución en la efectividad de las soluciones médicas tradicionales para mitigarlo, junto a la aparición e incremento de otros problemas psicológicos como ansiedad y depresión: Hablamos entonces de un dolor “crónico” que permanece durante un periodo superior a los seis meses y es resistente a la terapéutica convencional (7), por supuesto sin valor adaptativo alguno.

El problema es que esa resistencia a la terapéutica convencional, esa ansiedad y esa depresión, unidas a diversas **conductas** que desarrollan frecuentemente los sujetos con dolor crónico, tales como la evitación de determinadas actividades físicas, laborales, sociales e, incluso, íntimas y sexuales no hacen sino exacerbar el dolor (8) a lo que se une la pérdida de la fortaleza muscular por el desuso y la dependencia de ciertos fármacos con los lógicos efectos colaterales indeseables... creándose, a la postre, uno o múltiples **círculos viciosos** (9) que aumentan el dolor y el sufrimiento.

Merced a todo lo dicho y al evidente peso

epidemiológico y socioeconómico que el tema del dolor plantea, se ha observado recientemente un gran interés por el estudio de estos temas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, surgiendo así la **Algiología** o disciplina encargada del estudio y control del dolor (10), de la mano de John Bonica en 1953, y su obra “El Manejo del Dolor”; este autor, jefe del Departamento de Anestesiología de la Universidad de Washington, ha sido el creador de las primeras *unidades interdisciplinarias del dolor* y pionero en considerar el dolor, en muchos casos, más como una enfermedad en sí misma que como un síntoma de algún proceso patológico subyacente (11).

## DEFINICIÓN

Como muchas otras experiencias humanas, el dolor escapa de una definición que satisfaga a todos, a esto se añade el que existan muchas formas de entender el dolor (12-14) (como sensación, sentimiento, emoción, reacción, vivencia...) y diversas orientaciones teóricas entre los que lo investigan. A veces hay un verdadero confusio-nismo conceptual puesto que hay quienes lo identifican con el sufrimiento o “dolor moral” y quienes no, quienes lo presentan meramente dentro del marco semántico de la enfermedad (“dolencia”) y quienes no (15) y, por citar alguna controversia más, quienes lo reducen a algo neurosensorial y quienes no; el que se trate de una vivencia privada y subjetiva no facilita su conceptualización.

Sea como sea, hoy suele aceptarse la definición que nos ofreció en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), según la cual (16) es “**una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a daño tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal daño y cuya presencia es señalada por alguna forma de conducta observable, visible o audible**”, describiéndolo a continuación como algo “siempre subjetivo de tal modo que cada individuo aprende a aplicar este término en base a su aprendizaje anterior. Indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero siempre es desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional”, añadiendo

posteriormente (17) “Muchas personas informan de dolor en ausencia de daño tisular o de cualquier causa fisiopatológica probable, ocurriendo ésto generalmente por razones psicológicas, aunque si atendemos al informe verbal del sujeto no podemos distinguir esta experiencia de la debida a daño tisular”; y finalizando, “la actividad inducida en el receptor nociocectivo por un estímulo nocivo no es dolor. El dolor siempre es un estado psicológico, aunque frecuentemente se puede apreciar una causa física”.

Ahora bien, esta definición presenta importantes avances en la concepción del dolor, superando las explicaciones y modelos simplistas, entre los que destacan (18):

- a) Considerar el dolor como algo **subjetivo**.
- b) Invalidar el concepto de dolor como **modalidad sensorial**, presentándolo como una **experiencia compleja**.
- c) Otorgar importancia al **informe verbal** del sujeto en la definición del cuadro.
- d) Considerar que la experiencia del dolor implica **asociaciones** entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo.
- e) Considerar como parte intrínseca de esta experiencia la **atribución de significado** a los hechos sensoriales desagradables.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Como comentábamos al principio, el dolor es por su complejidad uno de los problemas más desafiantes para la Ciencia, pero también lo es por su indudable peso epidemiológico y económico, de hecho es la causa más común por la que los pacientes acuden al médico (80% de los casos -19-), además puede afectar directamente la salud física y psíquica e incidir en el apropiado funcionamiento del sistema inmunitario (20), siendo la forma más común de estrés soportada por los pacientes (21).

Posiblemente sea el informe **Nuprin**, realizado en EEUU, el trabajo epidemiológico más exhaustivo al respecto (22); los resultados evidenciaron una elevadísima prevalencia de los diferentes síndromes de dolor en la población en general mayor de 18 años; en este marco, las

**cefaleas** fueron el tipo más frecuente (73% de los encuestados con el cálculo de que unos 10 millones de estadounidenses padecen migraña -23-) seguidas de los **dolores de espalda** (56%), **dolores musculares** (53%), **dolor articular** (51% estimándose que en USA, unos 30 millones de personas padecen artritis), **dolor de estómago** (46%) y **dolor premenstrual** en el 40% de las mujeres.

Pero, al margen del efecto de las cifras, no podemos olvidar que los pacientes con dolor crónico representan tanto un problema individual como social, ya sea en términos de sufrimiento, problemas emocionales, impacto sobre la familia, tiempo de trabajo perdido, gastos médicos, costes asociados a la compensación por su incapacidad y sobreutilización de los servicios de Atención Sanitaria (24); este bizarro impacto en el sistema sanitario y social hace que afloren en este campo con especial relevancia cuestiones tan actuales como la Comunicación Sanitario-Enfermo, las dificultades en establecer la etiología, la búsqueda de un modelo integrador de los factores ambientales y la insuficiencia de los medios asistenciales a todos los niveles (25).

En este marco se estima que, en lo tocante al *absentismo laboral*, según el citado informe Nuprin, los estadounidenses habían perdido en 1984 más de 4.000 millones de días de trabajo por culpa del dolor, estimándose la media en 5 días por persona y año (26).

En España no se dispone de estudios epidemiológicos generales; sin embargo los datos de la Escuela Nacional de Salud de 1995 (27) indican que las “medicinas para el dolor y/o bajar la fiebre” aparecen como el grupo de medicamentos más consumido entre los españoles adultos (a este respecto cabe indicar que se estima que en 1989, la cantidad de envases de analgésicos no narcóticos y antimigrañosos vendida en España superó los 90 millones de envases -28-). El “dolor de huesos, de columna o de las articulaciones” (41,4% del total), aparece como el síntoma principal por el que los encuestados limitaron su actividad principal durante las dos semanas previas a la encuesta; siendo el “dolor de cabeza”, con un 17,1% el que ocupa el tercer lugar entre estos síntomas.

En nuestro país los costes económicos directos e indirectos (medicación, consulta y diagnós-

tico, pérdida de horas de trabajo y producción, indemnizaciones, etc) ascendieron en 1984 a más del 2,2% del Producto Interior Bruto (29) y, en 1987, a un 2,5% del PIB, lo que supondría un total de más de 1 billón de pesetas al año -de las de entonces- (30).

## CLASIFICACIONES Y TIPOS DE DOLOR

Al margen de cómo consideremos el dolor, éste suele clasificarse en virtud de diversos criterios (temporales, localización, etiología, clínica, etc...) manejándose diversas taxonomías tales como las de Melzack y Dennis (31), las de Karoly y Jensen (32) o la del IASP (33). Veamos, pues, los taxones y los tipos más destacables:

a) Posiblemente la primera diferenciación sea la establecida entre *Dolor Físico y Moral*: ambos conceptos fueron unidos hasta finales del siglo pasado; sin embargo desde 1884 en que el Dictionnaire des Sciences Medicales los segregó, todos los diccionarios, tanto de la Lengua cuanto de Ciencias de la Salud, los separan.

b) Otra distinción importante es la que diferencia entre *Dolor Primario y Secundario* (34): *El dolor primario* se caracteriza por su localización precisa, siendo una sensación aguda, física y bien definida, transmitida por las fibras A-delta (mielinizadas, con velocidad de conducción de 3-10 m/sg) proporciona información inmediata sobre la presencia del daño, su extensión y su localización. *El dolor secundario* se caracteriza por su deficiente localización y su cualidad difusa y persistente; es transmitido por fibras C (no mielinizadas y con velocidad de transmisión de 0,52 m/sg) y suele aparecer temporalmente tras el dolor primario.

- Ambos tipos de dolor pueden estar presentes tanto en el dolor agudo como en el crónico, variable que veremos a continuación.

c) Atendiendo a *criterios temporales* podemos hablar de dolor **fásico** y, *sobre todo, de agudo y crónico* (35-36).

*El dolor fásico* es de corta duración y suele aparecer al inicio de una lesión. *El dolor agudo* está provocado por una lesión en los tejidos y comprende tanto el dolor fásico como un nivel

tonal que persiste en periodos de tiempo variables hasta que remite la lesión. El dolor crónico es aquel que dura más de seis meses y que no responde a ninguna terapéutica convencional.

Centrándonos en éstos dos últimos (37), *el dolor agudo* es producto de un daño o lesión bien definido del que aparece el dolor como un síntoma, tiene una aparición rápida –dolor fásico y primario– y un posterior mantenimiento a lo largo de un tiempo más o menos largo, aunque inferior a los 6 meses (componente fásico y secundario). Está asociado a altos niveles de ansiedad, respuestas motoras y reacciones vegetativas que suelen ser proporcionales a la severidad de la lesión.

El *dolor crónico* suele iniciarse, como el agudo, a causa de una herida o lesión, pero persiste tras su curación, rebelde a todo tratamiento, dejando de ser síntoma de una herida u otra patología orgánica. La duración es muy prolongada y suele asociarse inicialmente a un alto grado de ansiedad y, posteriormente, a un alto grado de depresión, describiéndolo los pacientes más en términos afectivos que sensoriales... Como resultado de una interacción compleja entre variables ambientales, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas solo puede responder a una intervención interdisciplinar.

d) También podemos clasificar el dolor en base a *criterios de localización* distinguiéndose así entre dolor torácico, abdominal, lumbar, etc. En general se suele distinguir bajo esta perspectiva entre dolor *cutáneo o periférico*, *somático* y *visceral* (38).

El *cutáneo o periférico* es de localización externa y suele tratarse de un dolor delimitado y bien localizado. El *somático* se localiza en músculos y estructuras osteoarticulares y, junto al de origen vascular, es el que más frecuentemente aparece en la casuística de dolores “no justificados” o “psicógenos” (39). Por último, el *visceral* suele ser un dolor poco localizado y suele ser irradiado o referido a zonas distintas a donde aparece la lesión.

e) En Las clínicas del Dolor se suele diferenciar entre *dolor maligno* (oncológico) y *no maligno* (no oncológico), ambos dentro del Dolor Crónico (40).

f) Según *su etiología* el IASP (41) recoge diez tipos de factores (dos de ellos puramente psicológicos), pero esta clasificación puede resumirse en *3 tipos* (42):

#### **nocioceptivo, neurogénico y psicógeno.**

El dolor *nocioceptivo* está provocado por el incremento en la intensidad de la estimulación nociocaptiva, como ocurre en los procesos inflamatorios. El dolor *neurogénico* es secundario a una lesión de las fibras sensitivas de un nervio periférico o bien de estructuras del S.N.C. El dolor *psicógeno* sería aquel de origen puramente psicológico. (En la génesis de todo dolor los factores psicológicos juegan un papel determinante –como veremos– por lo que todo dolor es, en cierto modo, “psicógeno” –43– sin embargo, en el dolor crónico debe delimitarse este grado a efecto de evaluación y tratamiento, entendiéndose así por dolor psicógeno aquel en el que no existe una causa orgánica que justifique las quejas del paciente, aceptándose, pues, su origen y mantenimiento psíquico **-lo cual no significa que no duela-** que suele estar relacionado con otros diagnósticos encuadrados generalmente en los *Trastornos Somatoformes*, según el DSM-IV, tales como hipocondría, histeria de conversión, alucinaciones depresivas, etc).

También hay que destacar en este punto el que en algunos casos el dolor está básicamente originado y mantenido por *una forma inadecuada de responder al medio, por un estilo inadaptativo de respuesta que implica un desajuste psicofisiológico* en los mecanismos normales de autorregulación fisiológica (un exceso de tensión muscular, que produce una cefalea tensional, dolor abdominal, lumbar, etc; o una vasoconstricción excesiva que puede facilitar una cefalea vascular), entonces hablamos de **dolor disfuncional** siguiendo la taxonomía del IASP.

g) Mención especial merecen los conocidos como **“fenómenos dolorosos”**, englobándose aquí el **dolor referido** y la **hiperalgesia**.

Hablamos de *dolor referido* cuando el sujeto percibe dolor en una parte de su cuerpo muy alejada de los tejidos que están causando dicho dolor (muchos trastornos viscerales no originan más síntomas que este dolor referido característico, aunque éste puede irradiarse a lugares inusitados).

Otras veces lo que tenemos es un aumento de la sensibilidad de los receptores para el dolor, hablamos entonces de *Hiperalgia* tal vez producida por sustancias químicas liberadas en la fibra nerviosa sensitiva y/o por la ausencia de sensaciones competitivas (que reducen o alivian la sensación de dolor) de presión y temperatura.

h) Por último, a la hora de entender *la naturaleza subjetiva del dolor*, es importante analizar los denominados **dolores clínicos (causalgia, neuralgia y dolor del miembro fantasma)**, entendiendo por tales, dolores sin base fisiológica aparente pero que producen un importante sufrimiento (49).

La *causalgia* es un dolor ardiente desarrollado como consecuencia de una herida grave por arma de fuego o blanca pero que se desarrolla una vez que la herida está curada sin bases orgánicas aparentes. No es constante y se activa por estímulos tales como vibraciones o cambios ambientales.

La *neuralgia* es un agudo y repentino dolor a lo largo del recorrido de un nervio, como efecto colateral de infecciones víricas u otras afecciones sobre los nervios periféricos, el problema radica en que la neuralgia comienza cuando la enfermedad ha terminado. La más común es el “*tic doloroso*” que produce espasmos de dolor continuos en la cara que incapacitan a sus víctimas. Puede ser desencadenada, como la causalgia, por estímulos ambientales menores.

El *dolor del miembro fantasma* suele darse en el 35% de los casos tras la amputación de un miembro, precisamente en el miembro amputado.

Pero, al margen de todas las clasificaciones debemos atender al concepto de **dolor total** (45) que engloba el estímulo físico nocivo así como los factores psicológicos, sociales, espirituales... es decir este concepto de dolor Total atiende a todos los factores que intervienen y configuran la experiencia dolorosa y facilita la comprensión del paciente y la programación de un tratamiento eficaz.

## TEORÍAS

Históricamente han sido tres las teorías que han intentado explicar las bases y los mecanismos del dolor: La teoría **sensorial** o de la **especificidad**,

la teoría de la **intensidad** o de la **sumación** y la teoría del **control de entrada** o de la **puerta**:

### a) Teoría sensorial o de la especificidad

Esta concepción mecanicista fruto de las doctrinas de las energías específicas de Müller sostiene, que el dolor, es un sentido específico como la vista o el olfato, con su propio aparato periférico y central; fue formulada por Schiff (1858) que consideraba al Tálamo como el órgano primario de integración de la sensación dolorosa (46); sin embargo la evidencia clínica, psicológica y fisiológica vino a demostrar que esta teoría no era válida –sobre todo para el dolor crónico–.

### b) Teoría de la intensidad o de la sumación

Esta segunda teoría fue enunciada por Goldscheider en 1894, indicando que los estímulos capaces de producir dolor deben ser de una intensidad determinada y, además, estimular receptores específicos, de modo que la intensidad del estímulo, por sumación de aferencias, y el resumen central son los determinantes críticos del dolor (47).

Sin embargo las clásicas observaciones de Pavlov (1928) y de Beecher (1959) tras la batalla de Anzio en la II Guerra Mundial, demostraron que el dolor es una **experiencia multidimensional** por lo que se precisaban modelos integradores para su explicación.

### c) Teoría de la puerta

Propuesta en 1965 por Melzack y Wall (48), indica que los fenómenos del dolor están determinados por interacciones en **tres sistemas de la médula espinal**: Las células de la sustancia gelatinosa del asta dorsal, las fibras nerviosas de la columna dorsal que se proyectan hacia el cerebro y las primeras células de transmisión central del asta dorsal; de este modo la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el **asta dorsal de la médula** que actúa como una **puerta** que impide o no el paso de los impulsos nerviosos, que proceden de los nociceptores y del córtex; así el grado con que la puerta incrementa o disminuye la transmisión de

impulsos nerviosos está en función de la *actividad de las fibras sensoriales aferentes* y de las *influencias descendentes de las áreas centrales del córtex* (49-50).

Esto supone que la percepción del dolor no está influida solamente por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro que pueden incrementar, atenuar o bloquear los mensajes ascendentes.

Así se presenta el dolor como una **experiencia tridimensional**, en la que interactúan factores fisiológicos y psicológicos en *tres dimensiones* (51-52).

- *La dimensión sensorial-discriminativa* cuya función es la de transmitir la estimulación nociva (térmica, mecánica, química) de los nociceptores, y explica su intensidad y localización: Esta dimensión es la más periférica de la percepción del dolor.

- *La dimensión motivacional-afectiva* recoge los aspectos emocionales del dolor, calificándolo como desagradable y aversivo o no, lo que puede elicitar conductas de ansiedad, depresión y/o de escape. Esta dimensión está mediada por estructuras inmediatas como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.

- *La dimensión cognitivo-evaluativa* alude a variables tales como la atención, las creencias, sugestión, valores culturales, etc hacia el dolor. Esta dimensión se localiza a nivel cortical.

A través de esta evolución histórica hemos visto como el dolor es una experiencia más cercana a las emociones y cogniciones que a una mera sensación, que –como tal– no puede reducirse a la mera **nocicepción** (*proceso neurológico de transmisión del dolor*) (53): de este modo el dolor crónico puede estar causado por la *nocicepción*, estar asociado a algún proceso de *deneración* (dolor central), deberse a *causas psicológicas* (ansiedad o depresión) o *factores conductuales* (conducta de dolor) o a *la interacción de todos los aspectos mencionados*.

Así Loeser distingue cuatro niveles de complejidad creciente: **nocicepción, dolor, sufrimiento y conducta de dolor** (54-55):

La *nocicepción* –ya vista– ocupa el nivel más

elemental; en el segundo nivel tenemos el *dolor* que sería la experiencia provocada por la percepción de la nocicepción íntimamente relacionada con aspectos emocionales (ansiedad, depresión, ira, etc); después tendríamos el *sufrimiento* como una respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor, y otras situaciones tales como es el estrés, la ansiedad, la depresión, la pérdida de seres queridos, etc; llegando, por último, a las *conductas de dolor* que veremos a continuación. Por tanto el dolor puede ser debido a *la nocicepción, a causas psicológicas o a fenómenos puramente conductuales asociados en el aprendizaje*.

## LA CONDUCTA DE DOLOR

Hemos visto como los pensamientos y emociones influyen directamente sobre el dolor pero los factores psicológicos también pueden influir **indirectamente** sobre el dolor (56) como, p.ej. en los siguientes casos:

- Un sentimiento de **indefensión** puede incrementar de forma considerable el dolor, y es que la percepción de ausencia de control sobre la propia condición física conduce a una hiperreactividad y al catastrofismo, con lo que se aumenta la percepción del dolor y el sufrimiento.

- El **bstenerse** de realizar **actividad física** por temor al dolor, además de discapacitar a la persona, le origina más dolor.

- Las **interacciones** con los demás pueden incrementar el dolor en base a los principios del condicionamiento (operante, vicario, etc) dado que, a la postre, las quejas de dolor no son más que una forma de comportamiento que puede ser reforzado por el medio (57).

Esto ya fue analizado, desde sus propios marcos referenciales, por Engel y Szasz en los años 50:

Szasz (58) propuso en 1957 una teoría general del dolor desde una perspectiva psicoanalítica, según la cual el dolor era el resultado de la **percepción**, real o imaginaria, de una amenaza sobre el yo, pudiendo ser esta amenaza tanto psicológica como física. Por su lado Engel (59) en 1959 describió una serie de pacientes con dolor que manifestaban toda clase de **quejas** pero que no presentaban lesiones evidenciables ni respon-

dían al tratamiento, encontrando que estos pacientes experimentaban sentimientos de culpa excesivos y que la experiencia de dolor parecía servir como un castigo que los aliviaba.

Todo ello condujo a analizar lo que hacemos ante el dolor como tal, lo que incluye (60):

- Las quejas de dolor y sufrimiento.
- Los sonidos paralingüísticos (gemidos, suspiros).
- Las posturas y gestos corporales (cojeras, muecas).
- El déficit o la limitación funcional (permanecer echado todo el día y/o sin actividad alguna).
- Las conductas dirigidas a la reducción del dolor (ingesta de medicamentos, consultas médicas).

A lo que se suma la *atención* que el entorno presta a todo esto, el *aprendizaje observacional* ante las conductas que los demás exhiben frente al dolor, las “*ganancias*” que se obtengan por esas conductas de dolor y las *estrategias cognitivas* del sujeto para afrontar, tolerar y superar el problema (atención, catastrofismo, autoconfianza en la propia eficacia ante el dolor, etc).

En este marco **Fordyce**, apeló al concepto de **conducta de dolor** (61), estableciendo que el dolor, cuando pasa a ser crónico, *puede quedar bajo el control de las condiciones ambientales* (a las que nosotros añadimos, bajo un prisma cognitivo-conductual, *las cogniciones* del sujeto) a través de tres vías:

a) En primer lugar, la conducta de dolor puede ser **reforzada positivamente**, (más atención, cuidados, bajas, etc), así se ha comprobado que cuanto mayor es la solicitud del esposo/a ante un paciente con dolor crónico, más intensa es la percepción de dolor que el paciente tiene (62).

b) La conducta de dolor puede ser también **reforzada negativamente** si sus consecuencias permiten al sujeto liberarse de eventos y situaciones desagradables (trabajo conflictivo, confrontaciones personales, asunción de ciertas responsabilidades); incluso puede ser un medio eficaz –entre las personas ancianas– para evitar situaciones que les resultan difíciles de manejar por sus limitaciones intelectuales (63).

c) Finalmente puede darse un mecanismo de **extinción** de patrones habituales de conducta, porque la conducta funcional del paciente deja de ser reforzada (asumiendo un rol de invalidez y deveniendo –al tiempo– en una verdadera invalidez) al impedírsele cualquier actividad o esfuerzo.

Esta conducta de dolor queda bajo el control de distintos estímulos discriminativos del ambiente (situación y/o personas ante las que se incrementan las quejas y la percepción del dolor), entre los cuales la relación con el Personal Sanitario es esencial.

Como era de esperar, lo más frecuente es que dos o más de estas variables interactúen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Gasto C y Ballus C.:** Control del dolor. Aspectos psicobiológicos en C. Ballús, Psicobiología, 1983 (pp 597-653). Ed. Herder. Barcelona.
2. **Labrador F y Vallejo M.:** Dolor crónico en J. Mayor y F. Labrador, Manual de Modificación de Conducta, 1984 (pp. 523-556). Ed. Alhambra Universidad. Madrid.
3. **Novel G.:** Aspectos psicológicos del dolor en G. Novel, M<sup>a</sup>. Lluch y M<sup>a</sup>. D. Miguel, Enfermería psicosocial y salud mental, 1995 (pp 175-182). Ed. Masson S.A. Barcelona.
4. **Turk D y Nash J.:** Chronic pain: News ways to cope en D. Coleman y J. Gurin, Mind Bod y Medicine: How to use your mind for better health. Publicaciones de la Unión de Consumidores de los Estados Unidos. Nueva York, 1993.
5. **Comeche MI y Vallejo M.:** Dolor crónico en M. Vallejo, Manual de Terapia de Conducta, 1998 (vol, II pp 331-378). Ed. Dykinson. Madrid.
6. **Vallejo M y Comeche MI.:** Depresión, ansiedad y dolor crónico en E. Fernández-Abascal y F. Palmero, Emociones y Salud, 1999 (pp 279-299). Ed. Ariel. Barcelona.
7. **Vallejo M y Comeche MI.:** Evaluación y Tratamiento Psicológico del dolor crónico. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1994.
8. **Amigo I, Fernández C y Pérez M.:** Manual de Psicología de la Salud. Ed. Pirámide. Madrid, 1998.
9. **Philips H.:** El tratamiento psicológico del dolor crónico. Ed. Pirámide. Madrid, 1991.
10. **Miró E y Buela-Casal G.:** Evaluación del Dolor Crónico en G. Buela-Casal, V. Caballo y J.C. Sierra, Manual de Evaluación en Psicología Clínica

- y de la Salud, 1996 (pp 727-756). Ed. Siglo XXI. Madrid.
11. **Bonica J.:** The management of pain. Ed. Lea and Febiger. Filadelfia, 1953.
  12. **González R, Ferrer V y Manasero M.:** Evaluación del dolor en M. Martorell, Técnicas de Evaluación psicológica. Ed. Promolibro. Valencia, 1988.
  13. **Donker F.:** Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico en G. Buela-Casal y V. Caballo, Manual de Psicología Clínica Aplicada. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1991.
  14. **Penzo W.:** El dolor crónico. Ed. Martínez-Roca. Madrid, 1989.
  15. **Valdecasas F.:** Importancia de la sensación dolorosa en patología. Concepto y formas de dolor en M. Puig, Fisiopatología y tratamiento del dolor, 1981 (pp 7-20). Publicaciones de los Laboratorios Andreu. Valencia.
  16. **IASP (subcomité de Taxonomía):** Pain terms: a list with definitions and notes on usage. 1979; 6: 249-252.
  17. **IASP:** Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms., 1986; Pain, suppl, 3:1-225.
  18. **Chapman C.:** Pain, perception and illusion en R. Sternbach, The psychology of pain. Ed. Raven Press. Nueva York, 1986.
  19. **Turk D, Meichenbaun D y Genest M.:** Pain and Behavioral Medicine. Ed. Guilford Press. Nueva York, 1983.
  20. **Turk D y Nash J.:** Op. Cit. 1983.
  21. **Donker F.:** Op. Cit. 1991.
  22. **Taylor H y Curran N.:** The Nuprin pain report. Ed. Louis Harris. Nueva York, 1985.
  23. **Staang P y Osterhaus J.:** Impact of migraine in the United States: Data from the National Health Interview Survey. Headache, 1993; 33: 29-35.
  24. **Donker F.:** Op. Cit. 1991.
  25. **Penzo W.:** Op.cit. 1989.
  26. **Keefe F y Williams D.:** New directions in pain assessment and treatment. Clinical Psychology, 1989; 9: 549-568.
  27. **Ministerio de Sanidad y Consumo.:** Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.
  28. **Castro C.:** Tratamiento cognitivo-conductual del dolor de cabeza tensional: la importancia de la variable contacto terapéutico. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago, 1990.
  29. **Rabassa B.:** Aspectos sociológicos del dolor en España. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid, 1984.
  30. **Vidal F.:** Los costes del dolor. Dolor. 1987; Vol 2,1.
  31. **Melzack R y Dennis S.:** Phycogenetic evolution of pain expresion in animals en H. Kosterlitz y L. Terenins, Pain and society. Ed. Weinheim. Verlaf Chemie, 1980.
  32. **Karoly P y Jensen S.:** Multimethod assessment of chronic pain. Ed. Pergamon Press. Nueva York, 1987.
  33. **IASP:** Op. Cit, 1986.
  34. **Sternbach R.:** Acute versus chronic pain, en P. Wall y R. Melzack, Textbook of pain. Ed. Churchill-Livingstone. Nueva York, 1985.
  35. **Sternbach R.:** Ibidem, 1985.
  36. **Melzack R y Dennis S.:** Op. Cit, 1980.
  37. **Cruzado J, Labrador FCO, de la Puente M y Vallejo M.:** El dolor, en F. Fuentenebro y C. Vázquez, Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría, 1990 (vol I, pp 579-595). Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid.
  38. **Monsalve V.:** Intervención psicológica en el dolor crónico, en L. Pascual y R. Ballester, La práctica de la Psicología de la Salud, 1997 (pp 93-194). Ed. Promolibro. Valencia.
  39. **Penzo W.:** Op. Cit, 1989.
  40. **Pallares M, Pallares J, Montero R y Santonja J.:** Importancia de determinadas variables psicológicas en el contexto del tratamiento del dolor crónico, en J. Santacreu, Modificación de conducta y psicología de la salud, 1988 (pp 201-214). Ed. Promolibro. Valencia.
  41. **IASP.:** Op. Cit, 1986.
  42. **González S y Rodríguez M.:** El dolor: Fisiopatología. Tipos. Clínica. Sistemas de medición en M. González et al, Tratado de Medicina paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 1996.
  43. **Vallejo M y Comeche MI.:** Op. Cit, 1994.
  44. **Latorre J.:** Aspectos psicológicos del dolor, en J. Latorre y P. Beneit. Psicología de la Salud, 1992 (pp 101-126). Ed. Tébar Flores. Albacete.
  45. **Saunders C.:** Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Ed. Salvat. Barcelona, 1980.
  46. **Gasto C y Ballus C.:** Op. Cti, 1983.
  47. **Monsalve V.:** Op. Cit, 1997.
  48. **Melzack R y Wall P.:** Pain Mechanisms: a new theory. Science, 1965; 150: 971-979.
  49. **Labrador F y Vallejo MA.:** Dolor crónico, en J. Carrobbles, Análisis y Modificación de la conducta II. Publicaciones de la UNED, Madrid, 1985.
  50. **Amigo I, Fernández C y Pérez, M.:** Op. Cit, 1998.
  51. **Labrador F y Vallejo MA.:** Op. Cit, 1984.
  52. **Comeche MI y Vallejo M.:** Op. Cit, 1998.
  53. **Donker F.:** Op. Cit, 1991.
  54. **Loeser JD.:** Perspectives of pain. Ed. Mc Millan. Londres, 1980.

- 
55. **Donker F.:** Tratamiento psicológico del dolor crónico, en M.A. Simón, Manual de Psicología de la Salud, 1999 (pp 537-556). Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
56. **Donker F.:** Ibidem, 1999.
57. **Nilges P y Gerbershagen H.:** Befund und befinden bei Schmerz: Probleme und gefahren einer somatisch fixierten diagnostik und therapie. Report Psychologie. 1994; 19: 8.
58. **Szasz S.:** Pain and pleasure: A Study of bodily feelings. Ed. Basic Books. Nueva York, 1957.
59. **Engel G.:** Psychogenic pain and the pain-prone patient. American Journal of Medicine, 1959; 26: 899-918.
60. **Cruzado J, Labrador F, de la Puente M y Vallejo M.:** Op. Cit, 1990.
61. **Fordyce W.:** Behavioral methods for chronic pain and illness. Ed. Mosby. San Luis, 1976.
62. **Flor H, Breitenstein C, Birbaumer N y Fürst M.:** A psychophysiological analysis of spouse solicitations towards behaviors, spouse interaction and pain perception. Behavior Therapy, 1995; 26: 255-272.
63. **Groeman N, Vlaeyen I, Van Eek H y Scherman I.:** Chronic pain, en A. Kaptein, Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders. Ed. John Wiley and sons. Chichester, 1990.