

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CONCEPTUALIZACION DEL DOLOR CRONICO

Miguel A. VALLEJO PAREJA y María I. COMECHE MORENO

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNED.

El estudio y tratamiento del dolor crónico implica un acercamiento complejo y multidisciplinar. La consideración analítica del dolor, considerando las dimensiones del dolor y el triple sistema de respuesta, ha sido el acercamiento de elección y el que da razón del estado actual en el abordaje del problema. No obstante, desde un punto de vista clínico parece más razonable considerar el dolor desde una perspectiva central e integradora. En este contexto se comentan las tendencias teóricas en la definición del concepto de neuromatrix y prácticas en las consideraciones terapéuticas derivadas de dicha conceptualización.

Palabras clave: Dolor crónico; Tratamiento psicológico; Medicina conductual.

Some reflexions about chronic pain conceptualizations. The study and treatment of chronic pain implies a complex and multidiscipline approach. The analitic consideration of pain, taking into account the dimensions of pain and the triple response system, has been the chosen approach and the one that explains the actual state in the tackling of the problem. Nevertheless, it seems more reasonable from a clinical point of view to consider pain from a central, integrating perspective. Within this context, it is commented the theoretical trends in the definition of neuromatrix concept and the practical ones in the therapeutic considerations derived from that conceptualization.

Key words: Chronic pain; Psychological treatment; Behavioral medicine.

El acercamiento psicológico al problema del dolor crónico ha sido un campo emblemático de la terapia o modificación de conducta en su aplicación a trastornos psicofisiológicos. De hecho el uso de las técnicas de biofeedback está ligado en su origen, como también en los trastornos cardiovasculares, al tratamiento de las cefaleas (Budzynski, 1970, etc.). Puede decirse, por tanto, que con el dolor crónico se estrena,

en gran medida, el acercamiento definido y caracterizado como Medicina Conductual (Schwartz y Weiss, 1978).

Es este, por tanto, un campo singular del hacer clínico desde el punto de vista psicológico, pues no sólo requiere la aplicación de las estrategias clínicas generales, sino también de la consideración de los factores fisiológicos implicados, así como de la base perceptiva del problema, que le caracteriza frente a otros trastornos.

El acercamiento clínico general al dolor crónico ha estado marcado desde sus inicios, mediados los años 60, por una integración de los aspectos psicológicos y médicos. Esto ha sido debido, por un lado a la complejidad del problema, y por otro a la importancia capital de psicólogos como Ronald Melzack, quien con Patric Wall, formuló la única teoría por todo el mundo aceptada de modulación del dolor (Melzack y Wall, 1966). El que dicha teoría llevara explícita la influencia de los factores psicológicos ha sido central en la aceptación de la relevancia de éstos desde un punto de vista teórico y aplicado.

Dos largas décadas de estudio y tratamiento del dolor, frecuentemente desde un punto de vista multidisciplinar, han ido delimitando y clarificando la conceptualización psicológica del problema. Una alternativa para analizar éste puede ser centrarse, en aspectos fundamentalmente aplicados: abordar los cuadros clínicos más representativos de la intervención psicológica en el dolor crónico (cefaleas, dolor de espalda, dolor neoplásico, etc.); analizar los recursos terapéuticos más comunes como la relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas, el aumento de actividad del paciente, etc.; o centrarse en el no menos importante campo de la evaluación del dolor, desde la perspectiva conductual, psicométrica y psicofísica.

LA PERSPECTIVA ANALITICA

Por pura coherencia, no obstante, con el desarrollo conceptual original, es más razonable elegir como hilo conductor los distintos componentes objeto de análisis, evaluación y tratamiento. Estos componentes son el conductual, el fisiológico y el cognitivo. Ante la problemática del dolor se plantean cambios en cada uno de ellos que han de ser objeto de estudio, evaluación y tratamiento pormenorizado.

Este planteamiento tiene algunas ven-

tajas a la hora de analizar el problema. La primera es que cubre todas las posibilidades de análisis, lo que es congruente con la complejidad del problema del dolor. La segunda se refiere a la aceptación del triple sistema de respuesta de Lang (1968), asumido desde la perspectiva de la Terapia de Conducta, lo que facilita una integración del acercamiento clínico más adecuado a la perspectiva del dolor crónico. Finalmente, implica un acercamiento analítico al comportamiento global del sujeto ante el dolor crónico, tanto desde un punto de vista teórico y conceptual, como clínico. Así en el esquema se ubican: el condicionamiento clásico y operante, los aspectos cognitivos e interpretativos, los aspectos fisiológicos y emocionales, los aspectos perceptivos, etc.

Este mismo punto de vista analítico de un fenómeno complejo es reclamado para la experiencia de dolor. La mayor aportación sin duda en este contexto es, como ya se ha indicado, la ligada a la formulación de la teoría de la Puerta de Melzack y Wall (1966). En estrecha relación con la formulación de la modulación espinal, diencefálica y telencefálica, Melzack y Casey (1968) describen los componentes de la experiencia de dolor, caracterizados como dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Las aportaciones de esta conceptualización analítica del dolor se centran en los siguientes aspectos: a) considerar la influencia diferencial de las distintas variables psicosociales sobre el dolor; poner a un mismo nivel de relevancia los distintos factores que componen la experiencia de dolor, eliminando la primacía que pudieran tener los aspectos sensoriales; y c) delimitar, en cada caso concreto, la relevancia que éstos factores tienen en un determinado problema, orientando así el tratamiento del caso en función de la predominancia de una dimensión en función de otra.

Este análisis de la experiencia de dolor, de sus componentes, tiene implica-

ciones clínicas inmediatas. Donde hay una clara constatación de la importancia que las quejas, verbales o conductuales, del paciente están mantenidas por condicionamiento operante. O que al paciente se le impide realizar actividades incongruentes con su "rol" de enfermo, etc., se ha de derivar una intervención mediante condicionamiento operante. Cuando un nivel de tensión muscular excesivo, sensible a manipulaciones psicosociales y relacionados con el dolor esta presente, estará indicado el uso de técnicas de relajación y/o biofeedback electromiográfico. Finalmente, cuando la interpretación cognitiva que hace el paciente del problema, o la focalización de la atención sobre éste sea problemática, la intervención con técnicas cognitivas o mediante hipnosis es adecuada.

Esta forma de acercamiento al problema del dolor crónico, integrando el uso de psicofármacos, y en estrecha relación con el tratamiento multidisciplinar del dolor es el responsable de nuestro nivel actual de competencia clínica.

Sin embargo, la utilidad de esta perspectiva analítica, molecular, aunque con vocación molar, no deja de ser fuente de problemas. Puede que, exagerando los términos, en un intento de segmentar la experiencia de dolor, para mejor comprenderla, el producto tenga una utilidad didáctica pero no clínica, dada la irrealidad de su naturaleza. Naturalmente que no se trata de cuestionar que existe un componente cognitivo y otro conductual, por ejemplo, de las respuestas ante una situación de dolor, sino la independencia conferida a éstos. Conceptualmente las tres dimensiones de la experiencia de dolor propuestas por Melzack son congruentes con nuestros conocimientos fisiológicos y psicológicos sobre el dolor. La cuestión está en dotar a éstas de una cierta independencia. Empíricamente, los estudios factoriales realizados sobre el Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack,

1975), que como es conocido fue diseñado para medir cada una de las tres dimensiones antes indicadas, han obtenido tres factores, pero no independientes (Turk, Rudy y Salovey, 1985).

Desde el punto de vista conceptual esto se ve con mayor claridad. Recuerdese, por ejemplo, la polémica originada por la publicación del trabajo de Fordyce, Roberts y Sternbach (1985), y la crítica de éste por Schmidt (1987) y las posteriores cartas publicadas en 1988. Esta interesante polémica muestra que aislar los factores relevantes al problema del dolor lleva a situaciones ridículas. Por ejemplo a considerar que el informe subjetivo de dolor del paciente no puede considerarse conducta de dolor, porque es el único camino existente para conocer la "experiencia" subjetiva de dolor. Queda claro que el dolor percibido subjetivamente es cosa de distinta de su comunicación, verbal o no verbal, lo que resulta ingenuo es considerar que no existe relación alguna entre ellos.

Aspectos similares se observan al comparar los tratamientos concretos utilizados. Ningún tratamiento actúa sólo sobre el componente del dolor que desea. No hay similitud entre la especificidad del bloqueo utilizado por el anestesiólogo y el tratamiento psicológico. Sin que esto quiera decir que no haya una programación general del tratamiento que puede ir dirigida más claramente sobre unos aspectos que sobre otros.

Las técnicas de biofeedback influyen sobre los aspectos cognitivos implicados en el dolor, como lo hacen los procedimientos conductuales, o la relajación. La cuestión es indicar en qué medida. Philips (1988), reconoce por ejemplo la utilidad de la relajación en este contexto. De este modo propone que, como procedimiento altamente eficaz y de escaso coste, se utilice la relajación dado su éxito con independencia del tipo de dolor.

En resumidas cuentas es preciso prestar mayor atención a los efectos globales producidos por un tratamiento, considerando el problema del dolor desde la perspectiva global e integradora que da lugar al análisis de los componentes.

DEL ANALISIS A LA SINTESIS

Debe resaltarse el carácter global de la experiencia de dolor, pasándose, un tanto, del análisis a la síntesis. A ello ha ayudado enormemente la consideración del dolor crónico como un problema único, como un problema de modulación nociceptiva. Boivie (1989) recogía en un editorial de la revista *Pain* esta perspectiva, que ya tomaba cuerpo en los conocimientos sobre los sistemas de analgesia endógena o sobre los síndromes de dolor por desaferenciación. Es posible que no tenga mucho sentido, psicológicamente hablando, diferenciar entre tipos de cefaleas funcionales a la hora de diseñar un programa de tratamiento (Hatch et al., 1991). Tampoco, quizá, el hablar de dolor benigno o no neoplásico, en general. Esto no quiere decir que no existan diferencias relevantes desde el punto de vista psicológico entre los distintos síndromes, sino si esas diferencias son mayores de las que habría en un grupo de sujetos con el mismo diagnóstico.

Esta preocupación por globalizar e integrar la información ha ido creciendo más y más con el tiempo en el ámbito clínico de interés por el dolor crónico. De hecho esta formulación está presente en el reciente concepto de neuromatriz formulado por Melzack (Melzack, 1991), al abordar el problema del dolor de miembro fantasma. Trastorno típico de dolor central por desaferenciación. En su trabajo homenaje al 25 aniversario de la teoría de control de la Puerta, Melzack propone un mecanismo integrador de las dimensiones de la experien-

cia de dolor a que dio lugar la teoría. La neuromatriz, ubicada fisiológicamente en una red neuronal entre el tálamo, el cortex y el sistema límbico, supondría psicológicamente la configuración del self psicosocial integrador de la "dimensión sensorial, afectiva, evaluativa, postural y muchas otras" (Melzack, 1991, pág. 19). Se trata de un reconocimiento teórico, conceptual, de la búsqueda de la integración.

CONCLUSIONES

Esta idea totalizadora no supone perder el interés por la diferenciación del síndrome o del paciente, sino la observación general de los efectos producidos por una intervención. Desde un punto de vista clínico se trata de preocuparse más por conocer los efectos de un solo tratamiento en la complejidad del problema del dolor que el buscar una indicación para cada tratamiento o variación de éste. El paquete terapéutico global puede ser más útil a este respecto. La preocupación y los esfuerzos han de ir dirigidos a conocer las características concretas del caso que determinan la eficacia de un tratamiento concreto. Una muestra de este interés es el trabajo de Mendelson (1991) en el que revisa posible variables predictivas de la eficacia de distintos tratamientos psicológicos. Este, quizá pueda ser el camino más adecuado en atención a nuestros conocimientos para que integrando protocolos comunes de intervención y eligiendo cuidadosamente los instrumentos de evaluación, podamos avanzar en el estudio y tratamiento del dolor crónico.

Este trabajo fue presentado en el 1er Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor realizado en Toledo, 1991.

REFERENCIAS

- Boivie, J. (1989) On central pain and central pain mechanisms. *Pain*, 38, 121-122.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J. y Adler, C. (1970) Feedback-induced muscle relaxation: application to tension headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 205-211.
- Fordyce, W., Roberts, A. y Sternbach, R. (1985) The behavioral management of chronic pain: a response to critics. *Pain*, 22, 113-125.
- Hatch, J.P., Prihoda, T.J., Moore, P.J., Cyr-Provost, M., Borcharding, S., Boutros, N.N. y Seleshi, E. (1991) A naturalistic study of the relationships among electromyographic activity, psychological stress, and pain in ambulatory tension-type headache patients and headache-free controls. *Psychosomatic Medicine*, 53, 574-584.
- Lang, P.J. (1968) Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shlien (ed.). *Research in psychotherapy. Vol. 4*. Washington: American Psychological Association.
- Melzack, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R. (1991) The gate control theory 25 years later: new perspectives in phantom limb pain. En M.R. Bond, J.E. Charlton y C.J. Woolf (eds.). *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier, pp. 9-21.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968) Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. Kenshalo (ed.). *The skin senses*. Springfield: Thomas., pp. 423-443.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mendelson, G. (1991) Psychological and social factors predicting responses to pain treatment. En M.R. Bond, J.E. Charlton y C.J. Woolf (eds.). *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier, pp. 193-206.
- Philips, H.C. (1988) Changing chronic pain experience. *Pain*, 32, 165-172.
- Schmidt, A.J.M. (1987) The behavioral management of pain: a criticism of a response. *Pain*, 30: 285-291.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978) Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. y Salovey, P. (1985) The McGill Pain Questionnaire reconsidered: confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.