

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR CRÓNICO

Epoca II, Volumen XVII - 1er. trimestre 2006



65



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVII - Nº 65 - 1er. trimestre 2006

Esta revista tuvo una época I^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 15 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
DOLOR Y SUFRIMIENTO EN LAS TRADICIONES SAPIENCIALES.....	5
Manuel Villegas Besora	
BUSCANDO SENTIDO AL DOLOR CRÓNICO: LA DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN.	45
Earl D. Bland y Douglas D. Henning	
ANÁLISIS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS MODULADORES DEL DOLOR CRÓNICO BENIGNO	57
Jenny Moix Queraltó	
CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL DOLOR: ¿DEPENDE LA CALIDAD DE VIDA DEL TIPO DE DOLOR?	83
Soriano J., Monsalve V., Gómez-Carretero P.	
LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LAS UNIDADES DEL DOLOR: CUATRO EXPERIENCIAS CLÍNICAS	95
Sonia Tapia Melendo. Berta Sugrañes, Alba Peñarroya, Maika Bakaikoa, Dani Borrell, Ricard Semis.	
UNA MIRADA ETNOGRÁFICA AL DOLOR DESDE EL CONTEXTO HOSPITALARIO	109
M ^a Ena Barroso Pérez y Verónica Sánchez Martino	
LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO	125
Damaris Muñoz i Cano y Guillem Feixas i Viaplana	
LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO	131
Patricia Martí Augé	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la
suscripción anual para 2006
Países comunitarios 45 EUR
Países extracomunitarios .. 80 \$USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

Este número está dedicado a considerar la intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico desde diversas perspectivas, complementarias entre sí. En el artículo inicial, escrito por Manuel Villegas Besora, se pasa revista a las principales tradiciones sapienciales que se han planteado de una manera más o menos central el tema de la muerte y el dolor. Entre ellas destacan en la antigüedad las tradiciones de carácter religioso como el Hinduismo y el Budismo, en el Lejano Oriente, y el Antiguo y Nuevo Testamento en el Próximo, así como las corrientes filosóficas surgidas del helenismo y el humanismo, con especial referencia al epicureísmo y estoicismo entre los antiguos y a Montaigne entre los iniciadores del pensamiento moderno. La principal conclusión a que llegan todas ellas es que dado que muerte y sufrimiento son consubstanciales a la existencia humana, debemos aprender a aceptarlos y vivir con ellos.

El reto de dar sentido al dolor es el tema que Bland y Henning se plantean precisamente en el artículo siguiente. Los autores proponen el camino de la aceptación como la forma de dar significado a la experiencia dolorosa, lo que no sólo promueve un mayor ajuste positivo y bienestar, sino que estimula la esperanza, el optimismo y el sentido de autoeficacia ante la experiencia perturbadora del dolor.

Jenny Moix se ha dado a conocer en el ámbito específico de las aplicaciones psicológicas al tratamiento del dolor crónico con diversas publicaciones. En este artículo, publicado ya anteriormente en el Anuario de Psicología y cedido gentilmente tanto por parte de la autora como de la Revista de la Universidad de Barcelona para formar parte del monográfico actual, la autora propone en su enfoque la aplicación del modelo de estrés de Lazarus, el cual sugiere que el estrés que sufre un sujeto ante un evento potencialmente amenazante es debido al tipo de evaluación y afrontamiento que se emplea. Traduciendo este modelo a la experiencia del dolor: el estímulo doloroso provocará más o menos discapacidad según cómo sea evaluado y afrontado.

El resultado de un estudio con 138 pacientes de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor sobre calidad de vida y valoración del dolor llevado a cabo por los doctores Soriano, Monsalve y Gómez-Carretero en la Universidad de Valencia viene a corroborar este planteamiento. Sus resultados, en efecto, sugieren que la calidad de vida está relacionada ampliamente con la valoración que realizan los individuos sobre el dolor que padecen.

Un grupo de profesionales, que desarrollan su trabajo en diferentes Unidades de Tratamiento del Dolor, pertenecientes a distintos hospitales públicos de

Barcelona, han unido sus voces en este escrito para contar sus experiencias de una manera coordinada, haciendo posible la descripción de procedimientos complementarios en el ámbito de la intervención, que abarcan los diversos aspectos presentes en el trabajo cotidiano: análisis de la demanda y evaluación; intervención en el ámbito individual, familiar y de pareja.

También desde el ámbito hospitalario el estudio de M. Ena Barroso y Verónica Sánchez nos acercan a la experiencia del tratamiento del dolor, pero en ese caso desde la perspectiva de los pacientes. Para ello, las autoras asumen una metodología etnográfica, utilizando técnicas tanto cuantitativas, estudio de datos demográficos y otras variables, así como cualitativas en base al análisis de las respuestas a cuestionarios.

Finaliza el monográfico con dos artículos, dedicados a la consideración de algunas técnicas específicas de carácter transversal, cuya aplicación puede resultar beneficiosa como complemento a otro tipo de intervenciones en el ámbito del tratamiento del dolor crónico. La primera de ellas es la hipnosis, a cuyas propiedades analgésicas y terapéuticas se ha recurrido en muy variadas situaciones, tal como queda expuesto en el trabajo de Damaris Muñoz y Guillem Feixas. La segunda, presentada por Patricia Martí, hace referencia a la musicoterapia como técnica de apoyo en el tratamiento del dolor crónico, expone las condiciones en que este método de intervención puede resultar más beneficioso a sus fines.

Nota de la Redacción:

Recordamos a nuestros lectores que este número 65, dedicado al tratamiento o intervención psicológica en el dolor crónico, aparece con posterioridad al número doble 66/67, publicado con anterioridad por motivos tipográficos. Esperamos con ello haber restablecido la numeración secuencial prevista.

DOLOR Y SUFRIMIENTO EN LAS TRADICIONES SAPIENCIALES

Manuel Villegas Besora
mvillegas@ub.edu

Different religious and philosophical approaches to death and pain are considered in this article. Hinduism, Buddhism, Ancient and New Testament as main religious traditions, as well as philosophical movements from Epicure to Stoicism and Humanism are reviewed. The main conclusion is that as death and pain are consubstantial to existence we must to learn to accept and live with.

Key words: death, pain, religion, philosophy, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Dolor y placer constituyen una de las experiencias básicas de la sensibilidad humana, que nuestra especie comparte con un gran número de otras especies animales. Lo que diferencia fundamentalmente, sin embargo, a la primera de las segundas es el modo cómo nuestra especie sufre o sobrelleva el dolor, al igual que el modo cómo experimenta o persigue el placer.

En este pequeño ensayo nos limitaremos a dirigir en consonancia con el tema de esta monografía una mirada sucinta al tratamiento que algunas de las principales tradiciones sapienciales hacen del dolor, refiriéndonos sólo de modo tangencial al tratamiento que hacen del placer.

En la experiencia humana el dolor se transforma fácilmente en sufrimiento a causa de la conciencia de temporalidad, que constituye uno de los distintivos de la especie. Esta conciencia provoca que la experiencia dolorosa no se circunscriba exclusivamente al momento en que se sufre, sino que surja paralelamente la preocupación por su duración y la anticipación ansiosa dirigida a su evitación. Desde la perspectiva temporal se suele recurrir a la consabida máxima, tan bien sintetizada por Cicerón (*De finibus*, II, 29) de que el dolor si es agudo es breve y si es prolongado es leve, (“*si gravis brevis, si longus, levis*”), inspirada en el aforismo epicúreo:

“los dolores fuertes a la corta ceden y los crónicos no tienen fuerza, pues

el dolor excesivo conectará con la muerte” (Epicuro, Fragmentos 64-65) y se considera más insoportable el sufrimiento causado por su anticipación o preocupación que por la propia sensación dolorosa. Es en este contexto de temporalidad *a priori* donde la conciencia de la duración del dolor crónico constituye más bien un pronóstico que un diagnóstico.

La mayoría de los animales afrontan el dolor en silencio y con la inmovilización de sus miembros, de forma reactiva, probablemente porque carecen de la conciencia de su proyección temporal, como los almendros inhiben el proceso de floración si vuelven las heladas. Esta forma de reaccionar tiene ventajas adaptativas, puesto que el movimiento aumentaría el dolor y dificultaría la cicatrización natural de la herida. El silencio, a su vez, es ventajoso, porque evita poner sobre aviso a los posibles depredadores.

El grito humano de dolor, como el vagido del recién nacido, en cambio, cumple, entre otras, una función de reforzar la colaboración social al promover la solidaridad y el cuidado mutuos, que en su forma más sofisticada ha dado lugar al desarrollo de la medicina.

Hasta épocas muy recientes, y a pesar de los conocimientos de plantas con propiedades anestésicas y narcóticas que ya poseían egipcios y griegos, la humanidad carecía de recursos sistemáticos y universales, de probada eficacia para paliar el dolor: anestésicos, analgésicos o antiinflamatorios han ido suplantando remedios caseros y pócimas más o menos mágicas de los que Montaigne (2007), aquejado de continuos cólicos nefríticos en los últimos años de su vida, se burla ácidamente en sus Ensayos, escritos en el último tercio del siglo XVI, y publicados entre 1580-1588:

“Alguien preguntó a un lacedemonio cuál era el secreto por el que había vivido tantos años. La ignorancia de la medicina, le respondió...”

Y añade un poco más adelante en las mismas páginas

¿Quién ha visto nunca a un médico servirse de la receta de su colega sin quitarle o añadirle algo. En esto traicionan notablemente su arte y nos dan a entender que consideran más su fama y, en consecuencia, su provecho, que el interés de sus pacientes...”. (II, 713 y 718)

Los avances innegables de la medicina no han conseguido, con todo, terminar definitivamente con la experiencia del dolor. Éste es a veces agudo o leve pero pasajero, otras, se establece de forma crónica. En esos casos el dolor se vuelve una experiencia de vida. Del modo cómo se integra esta experiencia depende la calidad de vida restante y, tal vez, el sentido de toda ella, convirtiéndose en una tarea complementaria, aunque de otro orden, a la de los cuidados materiales que se le pueden prestar.

LAS GRANDES TRADICIONES SAPIENCIALES

El tema del dolor y el sufrimiento se halla en la base de las grandes tradiciones religiosas y filosóficas de la Antigüedad hasta el Renacimiento. El elemento común a todas ellas es la admisión de su existencia como parte esencial o inevitable de la experiencia humana, así como la existencia de una voluntad salvífica, atribuible específicamente a Dios o a los designios de la naturaleza, o al esfuerzo humano, que termina de una manera u otra en un estado de liberación o redención final.

En estas tradiciones es más preocupante el tema de la muerte que el del dolor que se considera pasajero y, por lo tanto, despreciable, o bien como síntoma de la enfermedad o la vejez mensajero de la muerte y, en este caso, temible. Es mucho más frecuente, por tanto, hallar consideraciones a propósito de la muerte y su significado y de los caminos que llevan a liberarnos del temor que nos infunde, que a propósito del dolor mismo. Entre el dolor y la muerte aparece una categoría intermedia que generalmente se denomina como sufrimiento y que tiene un carácter más psicológico que físico, puesto que abarca experiencias que tienen que ver con la desilusión, el desengaño, el duelo por los seres queridos, la pérdida de bienes materiales, el temor, la ansiedad, etc. más que con que el dolor corporal, aunque éste sea también objeto de sufrimiento sobre todo asociado a enfermedad y muerte. El Libro de Job, por ejemplo, al que aludiremos más adelante, constituye un compendio de todas estas desgracias.

Las razones de este papel secundario otorgado al dolor físico en la consideración filosófica y religiosa parecen ser múltiples y tienen que contemplarse en el contexto de la época. Se pueden alegar, por una parte, los límites de la medicina, a los que ya hemos aludido, para paliar el dolor más allá de lo que alcanza la naturaleza misma, de la que por tanto apenas se podía esperar ningún consuelo. Se puede recordar, por otra, que la longevidad era muy inferior a la actual en los países técnica y socialmente avanzados, por lo que muchas enfermedades degenerativas y achaques de la edad con su dolor asociado tenían menor incidencia sobre la población general. Pero sobre todo cabe destacar la habituación a las incomodidades de la vida cotidiana y el esfuerzo que suponía afrontarla a diario, de modo que la educación en la dureza desde la infancia ya se orientaba a soportarlas con naturalidad. El concepto de virtud (*"virtus"* en latín) significa fortaleza y alude tanto a su dimensión activa, fuerza física o valor moral, como pasiva, capacidad para soportar el dolor. En ciertas épocas la experiencia de la lucha con las inclemencias de la naturaleza, los animales salvajes o en la guerra era prácticamente continua, de modo que las heridas, golpes y traumatismos debían ser muy frecuentes. Quejarse por ello era considerado innoble y, sobre todo poco viril.

Convencionalmente, mujeres y niños solían protegerse en la medida de lo posible de los aspectos más crueles de la guerra, pero aun así se admiraba cualquier demostración de fortaleza por parte de quien fuera y se educaba a los niños en la dureza y la disciplina. Huelga decir que en la mayoría de escritos de la época la mujer

es considerada en general como un ser débil, tal como reza el libro de los Proverbios (31, IX): “Una mujer fuerte, ¿quién la encontrará?” e inferior, según Séneca, “carente de inteligencia y si no se le añaden conocimientos y gran erudición, feroz y desmesurada en sus pasiones”, (“Sobre la firmeza del sabio”) opinión compartida por el propio Buda, según el cual “las mujeres están llenas de pasiones, son envidiosas, estúpidas..., no manejan negocios y no se ganan la vida en ninguna profesión” (cfr. Coomaraswamy, 1994).

El dolor físico fue usado también en la Antigüedad y la Edad Media de forma habitual como sistema de tortura a fin de castigar, someter o hacer confesar a los disidentes, enemigos políticos o creyentes o herejes de otras religiones, dándose indistintamente en todas estas categorías y géneros muestras de resistencia heroica al dolor, dignificada como testimonio de fe a partir del cristianismo en el que la lista de hombres y mujeres santificados por la palma del martirio es prácticamente equivalente.

Cicerón (45 a. C.) en sus “Tusculanas” pone en un mismo plano virtuoso la capacidad de soportar el dolor del gladiador o el sacrificio de las viudas indias que se inmolan en la pira funeraria del marido difunto, pues ambos demuestran que se puede superar el dolor con la virtud.

“¿Es que alguna vez, ni siquiera un luchador mediocre ha emitido un quejido o cambiado la expresión de su cara? ¿Quién se ha degradado así, y no me refiero a cuando estaba de pie, sino cuando ha caído ya al suelo? Y una vez caído, ¿quién ha ocultado el cuello cuando se le ordena someterse a la espada?”

El propio Cicerón, interceptado en su huida por un destacamento militar, coherente con su doctrina, presentó el cuello sin rechistar para ser decapitado. Su manera de entender la actitud ante el sufrimiento y el dolor en consonancia con las doctrinas de la época se basaba en la idea de que las actitudes rectas y los pensamientos filosóficos pueden aliviar la desgracia y el sufrimiento. La muerte, explica, no es un mal si no que o es un cambio de morada para el alma o su aniquilación. El sufrimiento físico no tiene importancia y puede soportarse con fortaleza. El sufrimiento mental y la ansiedad, ya sean provocados por el duelo, la envidia, la compasión, la vejación o el abatimiento son actos voluntarios y pueden ser superados con reflexión, valor y autocontrol.

A pesar de ello cabe señalar una entrañable excepción a esta actitud espartana ante el dolor por parte de Cicerón: fue tan intensa la conmoción causada en su ánimo por la muerte de su amada hija Tulia que tuvo que refugiarse en Astura, la propiedad que había comprado recientemente en una zona boscosa y aislada al sur de Anzio para llorar abundantemente, apartado de la vida pública y de la voracidad de las miradas de las gentes. Leyó allí todos los libros de “consolación” que estaban en su mano; pero ninguno de ellos logró mitigar su duelo, hasta que se decidió a escribir su propia “Autoconsolación”. Sólo así pudo regresar meses después a Roma, con

la idea de dedicar un monumento en memoria de la hija.

La consideración pues del dolor no es siempre el objetivo principal de las distintas fuentes sapienciales, ni se presenta siempre diferenciado del tema del sufrimiento y de la muerte. Sólo en algunos casos es objeto de una clara distinción y consideración propia. Intentaremos señalarlo explícitamente en los casos en que sea más evidente, en otros tendremos que movernos dentro de una cierta indiferenciación. El recorrido que vamos a hacer contempla las tradiciones provenientes del Lejano Oriente, como el Hinduismo y el Budismo; las del Próximo Oriente ejemplificadas en el Antiguo y Nuevo Testamento, la tradición Occidental que echa sus raíces en la filosofía moral grecorromana y el Humanismo Renacentista, a partir del cual la tradición filosófica se ve desplazada por la eclosión de la nueva ciencia, quedando los temas de la consolación del alma relegados exclusivamente a la religión.

Las tradiciones sapienciales de Oriente: Hinduismo y Budismo

Hinduismo: de los Vedas a las Upanisad

Raimon Panikkar (2003) en una antología destinada a presentar al lector occidental los libros de los Vedas distingue 6 secciones donde pueden agruparse los himnos que los componen que se estructuran según un esquema determinado, que va desde la aparición del cosmos a la de la conciencia del hombre y que al igual que se aplican al universo se transfieren fácilmente a la vida humana y su desarrollo sobre la tierra. La secuencia de estas fases de la existencia se presenta de la siguiente manera:

- I. *Aurora y nacimiento.*
- II. *Germinación y crecimiento.*
- III. *Eclosión y plenitud.*
- IV. *Crepúsculo y declive.*
- V. *Muerte y disolución.*
- VI. *Nueva vida y libertad.*

En la cuarta parte, la titulada “crepúsculo y declive”, el hombre experimenta el fracaso no sólo en lo que atañe a sus propios límites, sino también porque con frecuencia se siente traicionado por los suyos, y sobre todo por su propio ser. Percibe la contingencia de la propia existencia, descubre el sufrimiento y la muerte. Nadie escapa a la experiencia del dolor. El hombre mira en su interior para resolver el enigma de su propio ser; un ser que sufre, que intenta entender en qué se equivoca.

El hombre se enfrenta al crepúsculo y la decadencia. El hombre védico establece una clara distinción entre la larga vida y la vejez. La primera es una bendición, la segunda una maldición; la primera es un signo de crecimiento y madurez, la segunda el signo inequívoco de la caída y el declive.

En estos textos, nos hallamos ante uno de los problemas centrales de la experiencia humana, el misterio del dolor. El hombre experimenta la decadencia del

cuerpo y el propio sufrimiento como algo extraño o ajeno a sí mismo, como proveniente del exterior. Este sufrimiento es o bien el aguijón de algún poder maligno que viene a destruir la armonía original o tal vez el medio a través del cual el hombre descubre su verdadera naturaleza, más allá de las vicisitudes de la existencia humana. La primera visión corresponde al período védico, mientras que la segunda corresponde típicamente, aunque no de manera exclusiva, a la visión las Upanisad y el Vedanta.

Desde la perspectiva védica el dolor viene a alterar la armonía, tanto física como psíquica; el dolor se considera anormal y externo y por tanto sólo se le puede superar si se conocen bien sus causas y se aplican los remedios apropiados. Desde la otra perspectiva, la correspondiente a las Upanisad y el Vedanta, el dolor se convierte precisamente en el factor que permite al ser humano trascender los límites de su condición; el cuerpo no es el *âtman* (alma o espíritu originario), el cuerpo es mortal mientras que el *âtman* es inmortal. La aspiración a una condición sin edad, libre de la decadencia, no es otra cosa que la búsqueda del *âtman* inmortal.

El Budismo

El camino de Buda parte de la constatación de la existencia del sufrimiento y el dolor. Tal como reza el enunciado de la primera Noble Verdad:

“El nacimiento está acompañado por el dolor, la vejez es dolorosa, la enfermedad es dolorosa, la muerte también lo es. La unión con lo desagradable es dolorosa y dolorosa es la separación de lo agradable; y cualquier deseo no satisfecho es asimismo, doloroso”.

Como es sabido el descubrimiento de la existencia del dolor fue la experiencia que incitó al noble Gautama a buscar el camino del medio entre la búsqueda del placer y satisfacción de las pasiones, propia del camino pagano, y la mortificación que consideraba dolorosa, innoble e inútil, tal como él mismo la había practicado siguiendo a monjes y eremitas.

Nacido príncipe heredero de la casa de los Sakyas, su nombre propio era Siddhattha y su apellido familiar Gautama. Según las leyendas budistas su nacimiento fue acompañado de múltiples señales celestiales y se profirieron diversas profecías en la ceremonia de imposición del nombre, coincidentes todas ellas en que el niño sería un monarca universal o un buddha. Sólo uno de los adivinos excluyó la primera de las alternativas, asegurando con toda certeza que se convertiría en un buddha. Preguntado el adivino por las señales que harían que el hijo abandonara el hogar para dedicarse a la vida eremítica, respondió que la visión de “las cuatro señales (un viejo, un enfermo, un cadáver y un ermitaño) serían las que le harían abandonar el hogar”. Ante este vaticinio el padre se prometió que su hijo jamás vería tales cosas por lo que dispuso que su educación transcurriera dentro de los muros del palacio rodeado de belleza y placeres. La curiosidad pudo, sin embargo, más que las precauciones del padre y, así, el joven príncipe acompañado por su cochero se

cruzó en sucesivas excursiones por la ciudad con un viejo, un enfermo, un cadáver y un ermitaño. En cumplimiento de la profecía el príncipe abandonó el palacio dejando a su padre, su mujer y su hijo, y se dedicó a la búsqueda del Nibbana (nirvana) vistiendo los hábitos de monje.

En su peregrinación por los bosques encontró sabios practicando las más extrañas penitencias los cuales le indicaron que *“por medio del dolor se llegaba a la felicidad, pues el dolor es la raíz del mérito”*. Pero él no estuvo de acuerdo pues *“Ya que es la mente la que controla el cuerpo, lo que debe contenerse es sólo el pensamiento. Ni la pureza de la comida, ni las aguas de un río sagrado pueden limpiar el corazón”*. Practicó junto a otros anacoretas durante seis años ayuno y mortificación hasta caer desmayado, reducido a la piel y los huesos. Desengañado de la vía de la mortificación volvió a comer, mendigando con el cuenco por las aldeas vecinas hasta que llegó a la Iluminación.

Toda la doctrina de Buda está simple y sucintamente resumida en las Cuatro Nobles Verdades, la de la existencia del sufrimiento, de su causa, de su extinción y del camino para conseguirlo. La existencia del sufrimiento es pues la razón de ser del Budismo:

“Si no existieran estas cosas en la tierra, discípulos míos, el perfecto, el sagrado buddha no aparecería en el mundo; la ley y la doctrina que propuso el perfecto no brillarían en él. ¿Cuáles son estas tres cosas? El nacimiento, la vejez y la muerte”.

No hay nada de original en señalar lo obvio, a primera vista. La contribución del budismo está en la propuesta de liberarse del deseo y de la persecución del placer como forma de liberarse del dolor, pues:

“la pena surge del flujo del placer sensual tan pronto se elimina el objeto de ese placer”.

Según el Dhammapada:

“De la alegría viene la pena, de la alegría viene el temor. Para aquel que esté libre de alegría no hay pena: ¿de dónde le vendría la pena? Del amor proviene la pena; del amor proviene el temor. Para aquel que esté libre de amor no hay pena ¿de dónde le vendría el temor?”

El estado de liberación o extinción de todo deseo se llama Nibbana (nirvana). El significado literal de la palabra Nibbana es “apagado”. Para comprender su significado técnico conviene remitirse al símil del fuego o de la llama, característico del pensamiento budista. Todo el mundo está en llamas, dice Gautama:

“¿Con qué fuego está encendido? Con el fuego de la lujuria, del resentimiento, del embeleso; con el fuego del nacimiento, la vejez, la muerte, el dolor físico, la lamentación, la pena, el pesar y la desesperación”.

Llegar a extinguir esta llama es alcanzar el Nibbana. Otros nombres o significados incluyen el “fin del sufrimiento”, el “remedio para todo mal”, el “desapego”, la “seguridad sin fin”.

La idea de base del budismo parte del supuesto que la beatitud o felicidad estriban en la superación de todo sufrimiento, pero que ello implica la supresión o liberación de toda emoción, sentimiento o apego.

Se cuenta que una vez se acercó a Gautama una madre que había perdido a su único hijo y que iba llamando de puerta en puerta con el niño muerto en brazos gritando: “*Dadme un remedio para mi hijo*”, a lo que Gautama replicó: “*Ve a la ciudad y tráeme una semilla de mostaza de cualquier casa en la que nadie haya muerto nunca*”. No habiendo encontrado ninguna volvió al maestro diciendo “*Es la ley que todo debe morir*”

Siguiendo esta lógica la monja Patacara trataba de consolar a las madres que lloraban por la muerte de sus hijos con este salmo:

*“No lloréis, pues tal es aquí la vida del hombre,
vino sin que lo llamaran, se fue sin que lo enviaran
Preguntas de nuevo de dónde vino vuestro hijo
Para ocupar sobre la tierra este corto tiempo de respiro.
Llegado por un camino, se va por el otro
Así de aquí, así de allá ¿por qué lloráis?”*

Cuando el propio Buda estaba próximo a la muerte dirigiéndose a su discípulo Ananda le decía:

“No te preocupes, no llores ¿No te he dicho en anteriores ocasiones que corresponde a la naturaleza misma de las cosas, cercanas y queridas para nosotros, el deber de alejarnos de ellas?... En tanto que cualquier cosa nacida, creada y organizada contiene en sí misma la necesidad de su propia disolución ¿cómo puede ser posible que un ser así no se disuelva?”

No se trata pues de liberarse de la muerte, sino del apego a la vida, puesto que quien no está apegado a la segunda no teme a la primera. Para que este desapego sea todavía más radical se niega Buda a revelar cuál sea el estado del iluminado después de la muerte, admitido que por su estado se libera definitivamente del círculo de reencarnaciones.

“No he revelado que el Arahat (iluminado o perfecto) exista después de la muerte, no he revelado que no exista, no he revelado que a un mismo tiempo exista y no exista después de la muerte, ni tampoco que ni exista ni deje de existir después de la muerte. Y ¿por qué no he revelado tales cosas? Porque no son edificantes, ni están relacionadas con la esencia de la Norma, ni tienden hacia la modificación de la voluntad, la ausencia de pasiones, la cesación, el descanso, hacia las facultades más elevadas, la suprema sabiduría, ni el Nibbana; por lo tanto no las he revelado”.

La liberación de todo deseo de vida o placer tiene en el Budismo la finalidad de evitar el dolor, causado por la transitoriedad del placer; por eso en su forma radical implica el monacato: la renuncia al mundo nos protege del desengaño. Sin embargo, lo que no puede hacer el monacato es protegernos del dolor físico causado

por la enfermedad o el traumatismo, como el propio Buda, el noble Gautama, experimentó en su propia carne antes de morir. De nuevo el budismo se alía con la concepción dominante en la Antigüedad de que el dolor físico es pasajero y que sólo es temible si se asocia con la muerte; pero una vez liberados del temor de la muerte ¿cuál es su poder?

LAS FUENTES DE LA TRADICIÓN BÍBLICA

El libro del Génesis: el paraíso perdido o el origen del dolor

El primer libro del Antiguo Testamento se dedica a explicar los orígenes del mundo y de la humanidad; de ahí su título, Génesis. En él se relata cómo Dios, después de poner orden en el caos originario, separando la luz de la oscuridad; las aguas de los océanos, de la tierra firme; de crear las aves del cielo, los animales de la tierra y los peces del mar, insufló su espíritu al hombre, moldeándolo a su imagen y semejanza, a partir de un amasijo de barro. En su estado originario el hombre y la mujer eran jóvenes e inmortales, pero el pecado de desobediencia hacia Dios trajo consigo la condena al trabajo, el dolor y la muerte, la expulsión del paraíso: “parirás con dolor (le dijo Dios a la mujer, Eva ‘*madre de todos los vivientes*’), trabajarás con el sudor de tu frente (le dijo al hombre, Adán, ‘*hecho de la tierra*’), volverás al polvo (morirás) pues de él fuiste formado”.

A partir de este episodio el dolor se interpreta como un efecto del pecado en toda la tradición bíblica, para cuya redención serán necesarios sacrificios cruentos a fin de reparar el mal o de anticiparse al castigo. De este modo el hilo conductor de gran parte de la historia bíblica está constituido por la dinámica de los pecados (individuales o colectivos) de los hombres y los castigos (individuales o colectivos) divinos, que siempre implican dolor y sufrimiento o destrucción, para eliminarlos.

Así, la continuación inmediata de la historia de Adán y Eva es la de su descendencia, Caín y Abel, marcada por el fratricidio, a golpe de quijada. Más adelante Dios se arrepiente incluso de haber creado al hombre a causa de su maldad y está dispuesto a borrarlo de la faz de la tierra, inundándola con el diluvio universal, del que sólo se salvan Noé y su familia. Pero la humanidad no se regenera, ni siquiera, la descendencia de Abraham. Los sucesivos pecados del pueblo escogido de Dios son acompañados de sucesivos castigos: Sodoma y Gomorra, la deportación a Babilonia, la destrucción del Templo de Jerusalén y un largo etcétera de guerras, plagas y hambrunas que se suceden unas a otras. El pecado continúa siendo la fuente del dolor: Dios se empeña en exterminarlo y el hombre en reproducirlo.

El Antiguo Testamento presenta una imagen de un Dios justiciero, muy común, compartida entre los pueblos de la antigüedad:

“porque yo Yahveh, tu Dios, soy un dios celoso, que castigo la iniquidad de los padres en los hijos hasta la tercera y cuarta generación” (Éxodo 20, 5)

pero que mantiene un diálogo constante y personal, bajo el nombre de Yahveh, con su pueblo a través de sus patriarcas, reyes y profetas (Abrahám Moisés, David, etc.).

“y tengo misericordia por mil generaciones con los que me aman y guardan mis mandamientos” (Éxodo 20, 6)

El temor de Dios no aparta a sus criaturas del pecado, como demuestra el propio pueblo de Israel que al pie del monte Sinaí se dedica a adorar el becerro de oro, mientras Moisés está en su cima firmando con Yahveh el pacto o alianza escrita en las tablas de piedra por su propia mano. Por medio de este pacto Dios otorga sus mandamientos al pueblo escogido, pero éste lo romperá innumerables veces a causa de sus constantes pecados e infidelidades, seguidas de renovados intentos de restauración por parte de Yahveh, a través de sus profetas. (Según la interpretación cristiana la restauración no sucederá definitivamente hasta el establecimiento de la Nueva Alianza, sellada con el sacrificio de Cristo). Mientras tanto sigue el debate sobre el bien y el mal, el pecado y su castigo, particularmente en los libros sapienciales de los que consideramos particularmente dos, el libro de Job y el Qohelet o Eclesiastés.

Las calamidades del justo Job

El libro de Job nos presenta de forma descarnada las ideas sobre el dolor, su origen y significado, presentes en la cultura y la época en que se escribió el conjunto de libros sagrados de la Tradición hebraica agrupados bajo el nombre genérico de Biblia. En el libro, escrito probablemente en el siglo V a. C., se contraponen dos concepciones: la tradicional que presupone que el mal o el sufrimiento que experimentamos en nuestras vidas es un castigo de Dios por nuestros pecados; y la sapiencial que poco a poco se va abriendo camino entre los sabios y los profetas posteriores al Exilio, que interpreta el dolor como una prueba a la que Dios somete al justo y atribuye su origen e inspiración al demonio.

El libro está escrito en forma de diálogo entre Job y tres amigos que vienen a visitarle en su desgracia. Hacia el final del relato interviene un nuevo personaje, Elihú, el cual es interrumpido finalmente por el propio Yavhé, que reivindica su trascendencia divina. Inicia el relato en forma de cuento oriental:

“Había en el país de Us, un hombre llamado Job: hombre cabal y recto, que temía a Dios y se apartaba del mal” (Job, 1, 1).

Se extiende luego el autor detallando con todo pormenor las riquezas en bienes humanos (mujer, hijos e hijas, siervos) y materiales (casa, tierras, rebaños de ovejas y camellos, bueyes y asnos) con que Dios le había agraciado y cómo él Le temía y reverenciaba y Le ofrecía cada día sus holocaustos. Hasta tal punto estaba Dios seguro de Job que aceptó ponerlo a prueba por instigación del diablo, en una especie de pulso con él. Continuando con el estilo narrativo con que inicia el libro, se describe de este modo la apuesta entre Dios y el diablo:

“Un día se presentó Satán ante Yahveh, el cual le preguntó:

- *‘¿De dónde vienes?’*

- *Y éste le respondió: ‘De recorrer la tierra y pasearme por ella’.*

- ‘¿Te has fijado en mi siervo Job? No hay nadie como él en la tierra; es un hombre cabal y recto que teme a Dios y se aparta del mal’, le hizo observar Yahveh.
- ‘¿Es que Job teme a Dios de balde? -replicó el demonio- ¿No has levantado una valla en torno a él, a su casa y a todas sus posesiones? Has bendecido la obra de sus manos y sus rebaños hormigean por el país. Pero extiende tu mano y toca todos sus bienes y verás si no te maldice a la cara’.
- Dijo Yahveh a Satán: ‘Ahí tienes todos su bienes en tus manos, pero cuida de no ponerlas sobre él’.

A continuación el relato explica con detalle como una por una fue perdiendo Job todas sus posesiones y a todos sus hijos: incendios, robos, asaltos, muertes accidentales acabaron con todo. Pero Job continuó fiel y temeroso de Dios, diciendo:

- “Yahveh me lo dio, Yahveh me lo quitó. Sea bendito su nombre” (Job 1, 21).

Presentándose de nuevo Satán ante Yahveh éste le hizo notar cómo Job perseveraba en su fidelidad y entereza, a pesar de todas las desgracias que por obra del demonio había sufrido. A lo que Satán replicó:

- “Piel por piel; todo lo que el hombre posee lo da por su vida. Pero extiende tu mano y toca sus huesos y su carne, ¡verás si no te maldice a la cara!” (Job, 2, 5)-

Y Dios le dio el permiso a Satán para herirlo en su carne a condición de que no acabara con su vida. Satán salió de la presencia de Yahveh e hirió a Job con una llaga maligna desde la planta de los pies hasta la coronilla de la cabeza. Entonces su mujer le dijo:

- “¿Todavía perseveras en tu entereza? ¡Maldice a Dios y muérete!

Pero él le dijo:

- ‘Hablas como una estúpida cualquiera. Si aceptamos de Dios el bien, ¿no aceptaremos el mal?’.

En todo esto no pecó Job con sus labios”. (Job, 2, 9-10).

Este pasaje marca la clara diferencia entre el dolor moral y emocional o sufrimiento (la pérdida de los bienes humanos y materiales) y el dolor físico nociceptivo, que el demonio pone como prueba discriminante, a la que supone que Job acabará por sucumbir.

El diálogo que viene a continuación entre Job, que no cesa de quejarse de sus males que considera injustos, y sus amigos, que tratan de rebatirle más que consolarle, es un intento de solventar una cuestión teórica o doctrinal, la de la compaginación entre justicia y sufrimiento, cuando la tradición dice que el sufrimiento es fruto del pecado. Los autores del Antiguo Testamento están familiarizados con la concepción del dolor y la muerte como castigo por los pecados;

pueden aceptar incluso el sufrimiento solidario del justo con el pueblo pecador; pero no pueden admitir el castigo del justo por los pecados que no ha cometido. Entonces, ¿cómo explicar la evidencia del sufrimiento de los justos? El libro de Job se plantea directamente este problema.

El lector sabe ya por el prólogo del libro que los males de Job vienen de Satán y no de Dios y que tiene por objetivo poner a prueba su fidelidad. El diálogo entre Job y sus amigos sirve para poner en cuestión las posiciones tradicionales: la felicidad de los malos es de breve duración, el sufrimiento es el castigo por faltas cometidas por ignorancia o debilidad, y, naturalmente por delitos voluntarios; pero también por faltas de omisión o faltas inadvertidas o, incluso, para prevenir faltas más graves y curar el orgullo... Casi cincuenta páginas de discusión tratan en vano de encontrar sentido al dolor o al sufrimiento, puesto que éste continúa relacionándose con la expiación del pecado.

Finalmente Dios interviene para dar a entender que sus designios son insondables y que trascienden cualquier tipo de comprensión humana. A lo que Job responde reconociendo su ignorancia y retractando sus palabras:

“Yo te conocía sólo de oídas, mas ahora te han visto mis ojos. Por eso retracto mis palabras, me arrepiento en el polvo y las cenizas”. (Job, 42, 5-6).

El relato termina con un epílogo, donde Yahveh recompensa a Job por todos sus sufrimientos doblando todos los bienes materiales y humanos que poseía anteriormente, restableciendo de este modo el principio según el cual Dios premia a los justos y castiga a los impíos.

El Qohelet

Un planteamiento muy distinto, aunque partiendo de las mismas premisas, es el que hace el Qohelet o Eclesiastés, libro escrito probablemente durante el siglo III a.C., bajo la influencia helenística, mezcla de escepticismo, hedonismo y estoicismo. Siguiendo una tradición literaria muy difusa el autor pone sus palabras en boca de Salomón, hijo de David:

“Yo, Qohelet, he sido rey de Israel en Jerusalén. He aplicado mi corazón a investigar y explorar con la sabiduría cuanto acontece bajo el cielo. ¡Mal oficio éste que Dios encomendó a los humanos para que en él se ocuparan! He observado cuanto sucede bajo el sol y he visto que todo es vanidad y atrapar vientos... He aplicado mi corazón a conocer la sabiduría y también a conocer la locura y el desvarío; he comprendido que aun esto mismo es atrapar vientos, pues: donde abunda sabiduría, abundan penas, y quien acumula ciencia, acumula dolor. (Eclesiastés, 1, 12-18)

Continúa el autor de esta guisa durante las breves páginas de su escrito sentenciando en forma concisa y proverbial la vanidad de cualquier esfuerzo humano y la absurdidad de la existencia humana, cuyo único consuelo está en el

“carpe diem”:

“Yo vi que la sabiduría aventaja al desvario, como la luz a las tinieblas. El sabio tiene sus ojos en la frente, mas el necio en las tinieblas camina. Pero también yo sé que la misma suerte alcanza a ambos. Entonces me dije: como la suerte del necio será la mía ¿para qué vale pues mi sabiduría? Y pensé que hasta eso mismo es vanidad..., pues el sabio muere igual que el necio... Pues todos sus días son dolor y su ocupación, penar. Y ni aun de noche su corazón descansa. También esto es vanidad. No hay mayor felicidad para el hombre que comer y beber y pasarlo bien en medio de sus afanes”. (Eclesiastés, 2, 12-24).

Pasa revista el autor a las distintas vicisitudes de la vida, el dinero, la sabiduría, la necesidad, la suerte, el amor, la fama, etc., llegando siempre a la misma conclusión sobre la vanidad de la existencia puesto que todo desemboca en la muerte y el olvido:

“Mira lo que hallé fue sólo eso: Dios hizo sencillo al hombre, pero él se complicó con muchas razones... Y ni de amor ni de odio saben los hombres nada: todo les resulta absurdo. Como el que haya un destino común para todos, para el justo y para el malvado, el puro y el manchado, el que hace sacrificios y el que no los hace, así el bueno como el pecador...” (Eclesiastés, 9, 1-3)

El autor se plantea pues el mismo problema que el libro de Job, la dificultad de entender la justicia de Dios, si éste castiga igual a justos que a pecadores. El libro de Job resuelve el problema señalando que el mal es obra del demonio y que Dios termina por premiar a los justos aunque los ponga a prueba con el sufrimiento. Aprovechando la forma literaria del cuento se permite la licencia de plantear un final feliz.

El libro del Eclesiastés o Qohelet, en cambio, escrito en un formato filosófico, subraya descarnadamente la absurdidad de la existencia o del destino humano, sin otro final que la muerte que iguala a todos:

“En mi vano vivir de todo he visto: justos perecer en su justicia e impíos envejecer en su iniquidad... Pues yo tenía entendido que les va bien a los temerosos de Dios... y que no le va bien al malvado... Pues bien, un absurdo se da en la tierra: hay justos a quienes les sucede cual corresponde a las obras de los malos, y malos a quienes les sucede cual corresponde a las obras de los buenos.” (Eclesiastés, 7, 15 – 8, 12).

Cuesta entender el Qohelet o Eclesiastés como un libro de inspiración religiosa: todo él rezuma escepticismo y desencanto, siendo el único consuelo que le queda al hombre la satisfacción inmediata de sus necesidades y apetencias.

“¿Qué gana el que trabaja con fatiga? He considerado la tarea que Dios ha puesto a los humanos para que en ella se ocupen. Él ha hecho todas las cosas apropiadas a su tiempo; también ha puesto el afán en sus corazones,

sin que el hombre llegue a descubrir la obra que ha hecho Dios de principio a fin. Comprendo que no hay en ellos más felicidad que alegrarse y buscar el bienestar en su vida. Y que todo hombre coma y beba y lo pase bien en medio de sus afanes... Porque el hombre y la bestia tienen la misma suerte: muere el uno como el otro; y ambos tienen el mismo aliento de vida. Todos caminan hacia una misma meta; todos han salido del polvo y todos vuelven al polvo. (Eclesiastés, 3, 9-20)

En este sentido, la doctrina del Qohelet es más pesimista que el epicureísmo que encuentra la justificación de la vida en la evitación del dolor, y para ello alienta a abstenerse de placeres que pueden resultar dañinos, buscando el consuelo y la felicidad en la filosofía; y más ateo que el estoicismo que parte del supuesto que la presencia de Dios se manifiesta como “logos” a quien es capaz de verla (teo-oría) en la totalidad del universo y que el dolor se entiende en el conjunto de la armonía universal, el mal parcial contribuye al bien general. Estas teorías filosóficas contemporáneas a los escritos del Qohelet, desarrolladas en el ámbito helenístico, son las que vamos a considerar a continuación.

LA TRADICIÓN OCCIDENTAL: EL HELENISMO

Aunque, sin duda, Oriente y Occidente mantuvieron contactos muy estrechos, particularmente a partir de las expediciones de Alejandro Magno hasta la India, cabe asignar orígenes muy distintos a ambas civilizaciones. Mientras Oriente mantiene la inspiración religiosa, Occidente avanza inexorablemente hacia una sustitución progresiva del pensamiento religioso por el filosófico, del misterio o del mito por la razón. Nacida en el cuenco mediterráneo a partir de los intercambios comerciales y culturales entre los diversos pueblos que habitan sus riberas, la civilización occidental se va configurando hasta llegar a su plenitud en la Grecia clásica. Su época de máximo esplendor se produce entre los siglos V y III a. C., dando lugar al Helenismo que impregnará la civilización romana en los siglos posteriores hasta su fusión con el Cristianismo en los inicios de la Edad Media. Varias son las escuelas filosóficas que surgen en el contexto efervescente de la época con posterioridad a Platón y Aristóteles, entre ellas el epicureísmo, el estoicismo, el cinismo o el escepticismo, las cuales más que plantearse cuestiones epistemológicas o metafísicas se ocupan preferentemente de los grandes temas de la vida: la felicidad, la amistad, el comportamiento moral, la suerte, el azar, la fortuna, el destino, el dolor y la muerte. Pensadores griegos y romanos como Diógenes, Epicuro, Epícteto, Cicerón, Séneca o Marco Aurelio comparten durante casi ocho siglos una misma inquietud por el (sin)sentido de la vida. Hablaremos en este apartado específicamente del epicureísmo y del estoicismo.

El epicureismo

“La naturaleza es débil para el mal, no para el bien; pues se conserva por el goce y se desvanece por el dolor” (Epicuro: Sentencias Vaticanas, 37).

Epicuro es el filósofo de la sensibilidad. Partiendo de una concepción atomista de la física, la única realidad admisible para él es la material o sensible. El ser humano es tal en cuanto sensible, puesto que “si le quitan al hombre sus sensaciones, nada le queda” (Cicerón, *De finibus*, I, 50).

En una concepción hedonista basada en la sensibilidad es lógico que la cuestión del dolor ocupe un lugar destacado como contrario al placer. Explicando el epicureismo, Cicerón pone en boca de Torcuato las siguientes palabras extraídas del mismo texto:

“Indagamos pues cuál es el último y supremo de los bienes, aquel al que, según sentencia de los filósofos, deben referirse todos los demás... Éste Epicuro lo pone en el placer, que afirma que es el bien supremo, y el mayor mal el dolor. Y determinó que se demostrara así: todo ser animado, apenas ha nacido, apetece el placer y goza de él como del bien máximo, mientras que aborrece el dolor como el máximo mal y, en la medida de sus fuerzas, lo rechaza”.

Sin embargo, el aparente hedonismo de Epicuro no consiste en la búsqueda desenfrenada de placeres, sino más bien en la evitación del dolor. De este modo, su posición antagónica con el budismo, regida por la búsqueda del placer viene a coincidir paradójicamente con él, al menos como punto de partida, al proponer la superación del dolor como máximo objetivo, aunque los medios sean totalmente divergentes:

“El límite máximo de la intensidad del gozo es la supresión de todo dolor. Y en donde hay gozo no hay, durante el tiempo que esté, dolor ni sufrimiento ni ambas cosas a la vez” (Máximas Capitales, 139, III)

Placeres que, por otra parte, son bastante frugales:

“El grito del cuerpo es éste: “no tener hambre, no tener sed, no tener frío. Pues quien consiga esto y confíe que lo obtendrá competirá incluso con Zeus en cuestión de felicidad” (Epicuro, Sentencias Vaticanas, 33)

y que se pueden satisfacer con pan y agua:

“Reboso de placer en el cuerpo cuando dispongo de pan y de agua. Y escupo sobre los placeres de la abundancia, no por si mismos, sino por las molestias que los acompañan”.

Para Epicuro dos son los bienes de que se compone la felicidad perfecta: que el cuerpo esté sin dolor y el alma sin perturbación,

“Cuando decimos que el placer es el fin no nos referimos a los placeres de los disipados ni a aquellos que consisten y quedan en el disfrute..., sino a la liberación de dolor en el cuerpo y de la turbación en la mente” (Epístola a Meneceo, 131),

añadiendo que son más graves los dolores y mayores los placeres del alma que los del cuerpo,

“porque mientras la carne sólo sufre o goza en el presente, el alma experimenta dolor y placer en el presente, en el pasado y en el futuro”
(Diógenes Laercio, X, 137),

dado que, mientras que los dolores surgidos por carencias físicas son fáciles de eliminar, los dolores, las penas surgidas de las vanas opiniones son infinitas. Se trata pues de un hedonismo terapéutico, destinado a disminuir o hacer desaparecer el dolor, con lo que aumenta el placer

Epicuro no niega la realidad del dolor corporal, ni recomienda una pose heroica ante él ya que el sabio “al ser torturado grita y aúlla de dolor”, comenta Diógenes Laercio. El remedio que Epicuro proponía para soportar el dolor físico era pensar en su brevedad y en evocar sensaciones o experiencias placenteras. Para ello el sabio debía entrenarse acostumbrándose a la frugalidad y fortaleciendo su ánimo de modo que la memoria y la esperanza le ayudaran a superar las molestias del presente. El propio Epicuro hablando de los dolores de la enfermedad que le llevaría a la muerte, escribe en una carta a Idomeneo:

“Cuando estoy pasando y a la vez acabando los felices días de mi vida, te escribo las presentes líneas. Me continúan las afecciones intestinales y de vejiga, que no dan tregua al exceso de gravedad que les es propia... En efecto, hoy, cuando te escribo esta carta, hace siete días que no me ha salido ya nada de orina y continúan los dolores que llevan a uno al final de sus días... Pero se enfrenta a todo esto la alegría espiritual, fundada en el recuerdo de las conversaciones filosóficas que sostuvimos nosotros”.
(Fragmentos, 30 y 36)

Es posible que la concepción epicúrea sobre el placer y el dolor naciera de la propia experiencia del autor, sometida a una grave enfermedad crónica. Como dice Nietzsche a propósito de él:

“Sólo alguien que sufría constantemente pudo inventar una felicidad semejante... nunca antes se presentó una moderación tal de la sensualidad” (La Gaya Ciencia, 45)

La filosofía de Epicuro surge frente al idealismo platónico y a la ética aristotélica y se enfrenta claramente a la escuela estoica. Para él no existen ideales a perseguir ni reglas virtuosas que puedan dar sentido o guiar nuestra existencia. Resignarnos a ser enteramente corpóreos, acostumbrarnos a la limitación de nuestros placeres y de nuestro tiempo y hacerlo con alegría esa es la lección de Epicuro. En consecuencia hay que vivir la vida sin dilación:

“Nacemos una sola vez, pues dos veces no es posible, y no podemos vivir eternamente. Tú, sin embargo, sometes la dicha a dilación, sin ser dueño del mañana. Pero la vida se consume en una inútil espera y cada uno de nosotros muere sin gozar de tranquilidad”. (Sentencias Vaticanas, 14)

y sin temor a la muerte:

“Acostúmbrate a pensar que la muerte nada es para nosotros. Porque todo bien y todo mal residen en la sensación y la muerte es privación de los sentidos. Por eso el recto conocimiento de que la muerte nada es para nosotros hace dichosa la mortalidad de la vida, no porque añada un tiempo infinito, sino porque elimina el ansia de inmortalidad. Nada temible hay, en efecto, en el vivir para quien ha comprendido que nada terrible hay en el no vivir”. (Carta a Meneceo, 124-127).

La muerte no puede, pues, afligirnos con su presencia:

“...pues mientras nosotros existimos no está presente, y cuando está presente nosotros ya no existimos”.

En la perspectiva de Epicuro vivir no es una preparación para la muerte, sino una aceptación y adecuación a la vida. Rechaza toda teoría de la inmortalidad en cuanto nos arrastra al olvido del mundo, al olvido del cuerpo, incluso al desprecio de la vida, a veces con el argumento de que nuestra vida aquí en la tierra está amenazada por la miseria y el dolor. Ninguno de estos posibles factores negativos, según Epicuro, tiene suficiente fuerza para desvalorizar la vida, aunque sea corto el tiempo que podemos gozar de ella. La vuelta a la vida, contemplando la muerte con naturalidad epicúrea, supone una revalorización del tiempo humano, de modo que, cualesquiera que sean las circunstancias o vicisitudes de nuestra vida valga la pena vivirla.

“Me he anticipado a ti, Azar, y cerré todas tus posibilidades de infiltración y no me entregué rendido ni a ti ni a ningún otro condicionamiento, sino que cuando la Parca (la muerte) nos lleve de aquí nos iremos de la vida... entonando un hermoso cántico de salvación, gritando que nuestra vida ha sido bella. (Epicuro: Fragmentos, 47).

El estoicismo

“Nada es dañino para la parte si es ventajoso para el todo. Porque el todo nada tiene que no le convenga... Con recordar pues que soy parte del todo, me complaceré con cuanto ocurra”. (Marco Aurelio, Meditaciones, X, 6)

El tema dominante del estoicismo es la negación del mal: el mal existe como accidente particular, pero contribuye al bien general y a la armonía en su conjunto, por lo tanto no existe como concepto universal. El estoico parte de la concepción que el mundo es orden y armonía, cosmos, logos y, en este punto se contraponen a Epicuro. Como dice Cicerón intentando explicar la concepción estoica:

“Que Epicuro se mofe lo que quiera..., sin embargo nada hay más perfecto que el mundo. El mundo es un ser animado, dotado de conciencia, de inteligencia y de razón” (Sobre la naturaleza de los dioses, I, 425).

La filosofía estoica de la naturaleza es un intento de proporcionar una explicación racional a todas las cosas en términos de la actividad inteligente o logos

que las preside. Si la providencia de la Naturaleza lo abarca todo, entonces cualquier suceso que cause injuria o sufrimiento ha de ser interpretado como algo beneficioso, dice Plutarco citando a Crisipo:

“El mal que sucede en los desastres terribles tiene también su logos particular, pues en un sentido ello también ocurre de conformidad con la razón universal y, por así decirlo, no sin utilidad con relación al todo, pues sin ello no existiría el bien.” (De communibus notitiis, 1065, b).

De ahí se seguiría que las enfermedades y desastres naturales no son por sí mismos objetos del plan de la naturaleza, sino consecuencias inevitables de las cosas buenas que existen. Un ejemplo que solía referir Crisipo era el de la fragilidad de la cabeza humana, la cual para poder funcionar como lo hace está protegida por unos huesos muy finos y delicados. No es bueno para la cabeza, decía, ser frágil, pero más vale una buena cabeza frágil que una fuerte, pero mala.

Los estoicos se empeñan en postular que, desde la perspectiva cósmica, todo cuanto acontece concuerda con la naturaleza y está, por consiguiente, bien. La naturaleza, en efecto, comenta Long (2004) no ordena el sufrimiento por sí mismo, sino porque resulta necesario para la economía del todo. Marco Aurelio lo expresaba en los siguientes términos:

“Bienvenido sea cuanto acontece, aun si parece duro, porque contribuye a la salud del universo y al bienestar de Zeus. Porque él no habría acarreado esto a un hombre si no fuera de provecho para el todo.” (Meditaciones, V, 8)

La visión que el estoicismo tiene del cosmos es “teo-órica, es decir, literalmente, “divina”. Al afirmar que el universo era de carácter divino los estoicos expresaban su convicción de que tras el caos aparente de las cosas operaba un orden lógico que la razón (logos) podía sacar a luz. Esta es la razón por la que el mal, que pertenece al caos, está sometido y subordinado al bien supremo que es el cosmos. Sólo existe el mal moral, porque éste es obra del ser humano, pero no el mal físico. Como reza el Himno a Zeus de Cleantes:

*“Nada sucede en la tierra, aparte de ti, Dios,
ni en la etérea región celeste ni en el mar,
salvo aquellos que los malos ejecutan en su insensatez;
mas tu sabes la manera de convertir lo torcido en recto,
y ordenar el desorden,
y para ti lo extraño viene a ser familiar.
Y así todo lo has ajustado en uno, bienes con males,
de modo que un logos surja de todo, sempiterno,
del cual los malos mortales se apartan,
desgraciados miserables,
que siempre codiciando la posesión de bienes,
ni ven la ley universal de Dios ni la escuchan,*

que si la obedecieran podrían gozar de una vida feliz”.

En consecuencia uno de los objetivos de la vida humana sensata, que persigue el sabio o filósofo, es encontrar el lugar justo en el seno del orden cósmico. A este propósito escribe Filón de Alejandría en un texto de claras resonancias orientales, particularmente budistas. (De Specificis Legibus II, 44):

“Todos aquellos que, griegos o bárbaros, se ejercitan en la sabiduría llevan una vida recta e irreprochable, absteniéndose a voluntad de cometer ninguna injusticia... Aspirando a una vida de paz y serenidad contemplan la naturaleza y cuanto ésta encierra... De este modo, rebosantes de tan perfecta excelencia, acostumbrados a no tomar en consideración los males corporales y los exteriores, se ejercitan en la indiferencia a las cosas, indiferentes protegidos contra cualquier placer o deseo”.

Dado su carácter cíclico, el orden cósmico es imperecedero, e inmortal; sólo lo humano del ser humano es mortal. Volver al ciclo natural es alcanzar la inmortalidad; por eso el filósofo, dice Epicteto, debe aprender de la contemplación de la naturaleza,

“El hombre ha sido puesto por Dios aquí abajo para que él le contemple, a él y a sus obras, y no sólo para contemplarlos, sino también para interpretarlos... La naturaleza nos conduce a la contemplación, a la inteligencia, a una vida en armonía con la naturaleza. Velad pues para no morir sin haber contemplado todas estas cosas”. (I, 6, 19)

donde nada perece, sino que se transforma. Como dice Marco Aurelio:

“Has surgido como una parte. Desaparecerás en lo que te ha engendrado, o mejor, serás recogido en su razón insemadora mediante cambio”. (Meditaciones, IV, 14).

¿Qué significan estos textos?, se pregunta Luc Ferry (2007).

“En el fondo, simplemente que al alcanzar cierto nivel de sabiduría teórica y práctica, el ser humano comprende que la muerte no existe en realidad, que no es más que el paso de un estadio a otro, no una anulación, sino una forma de ser diferente”.

Comprender esto será lo que, según Epicteto, nos ha de permitir llevar a una vida buena y feliz, en sus propias palabras “a vivir y a morir como un dios”, es decir como un ser que percibiendo su vínculo privilegiado con los demás seres en el seno de la armonía cósmica alcanza la serenidad, la conciencia de que aun siendo mortal en un sentido no por ello resulta menos eterno en otro.

La vida buena, entonces, concluye Ferry (2007)

“se identifica con una vida libre de temores y esperanzas, es una vida reconciliada con lo que es, que acepta el mundo como tal, que por eso no puede tener lugar al margen de la convicción de que el mundo es divino, armonioso y bueno... Imaginamos que la tarea del filósofo es algo de este tipo que debe armonizar su propia voluntad con los sucesos, de modo que

ni suceda en contra de nuestra voluntad algo de lo que sucede, ni deje de suceder algo de lo que no sucede, cuando nosotros queremos que sí que lo haga. De lo que resulta a quienes lo sostienen, el no fallar en lo que desean, el no ir a parar en lo que rechazan, el pasar por la vida sin tristezas, sin miedos, sin perturbaciones”.

El estoicismo, desde un punto de vista cercano al budismo, plantea el desapego como la fórmula para una vida sabia y feliz, de modo que nos permita amar el mundo tal como se nos presenta. La sabiduría se concibe como una forma de vida que trae aparejada la serenidad de espíritu (*ataraxia*) la libertad interior (*autarkeia*) y la conciencia cósmica. En el estoicismo filosofar supone una actividad constante, una actividad permanente identificada con la vida, una actividad que cabe renovar a cada instante. Esta actividad puede definirse como una concentración de la atención, dirigida a la pureza del impulso, es decir a la conformidad de la voluntad del hombre con la voluntad de la Razón (*logos*), es decir la voluntad de la Naturaleza universal. Para conseguir esta atención, comenta Hadot (2006) “se precisa todo tipo de ejercicios, en especial la meditación intensa, la toma de conciencia siempre renovada sobre la finitud de la vida, el examen de conciencia y, en especial, cierta actitud en relación con el tiempo. Estoicos y epicúreos recomiendan en efecto, vivir en el presente sin dejarse perturbar por el pasado y sin inquietarse por el incierto futuro. Según ellos el presente basta para ser feliz, puesto que es la única realidad que habitamos, la única realidad que depende de nosotros. Estoicos y epicúreos están de acuerdo en reconocerle a cada instante un valor infinito: para ellos la sabiduría se muestra de modo tan completo y perfecto en cualquier instante como durante toda la eternidad, equivaliendo este mismo instante a una eternidad, en especial en lo que se refiere al sabio estoico, para quien cada momento contiene e implica la totalidad del cosmos. “Mientras esperamos a vivir, la vida va pasando”, dice Séneca en sus Cartas a Lucilo (I, 1).

A diferencia del budismo, la meditación estoica, tal como se desarrolla por ejemplo en las *Meditationes* de Marco Aurelio, es una meditación temática referida a los tres grandes tópicos de su ascesis, orientada a conseguir la disciplina en el deseo, la disciplina en el impulso y la disciplina en la conformidad.

El primer tema, el de la disciplina en el deseo, está basado en uno de los dogmas fundamentales del estoicismo: el discernimiento de lo que depende de nosotros y de lo que no depende de nosotros. Dependen de nosotros nuestros actos libres: deseo, impulso y conformidad. No dependen en cambio de nosotros todas aquellas cosas cuya realización escapa a nuestra libertad: salud, gloria o riqueza. Sólo puede hablarse de bueno o malo en relación con lo que depende de nosotros, el bien sería la virtud y el mal el vicio. Por lo tanto los deseos deben estar en conformidad con la naturaleza, los impulsos con la razón y los juicios con la realidad de las cosas. En lo relativo a las cosas que no dependen de nosotros, como la salud, la gloria y la riqueza, desearlas supone exponerse al desengaño, la desilusión o la frustración. La

actitud sabia frente a estas cosas será por lo tanto la indiferencia: ser indiferente significa amar por igual todo lo que sucede y no depende de nosotros, sino que ha sido decidido por la voluntad de la Naturaleza universal.

En este contexto se entiende este pasaje de Marco Aurelio, relativo a la oración dirigida a los dioses:

“O bien los dioses no cuentan con ningún poder o bien si disponen de él. Pero si no cuentan con ningún poder ¿por qué les rezas? Y si disponen de algún poder ¿por qué no pedirles que te concedan el no temer nada, el no desear nada, el no afligirte por nada en lugar de rezarles para que te concedan esto o aquello?

Este hombre le reza: ‘Que pueda yo acostarme con esta mujer’. Pero tú debes pedirles: ‘Que no desee yo acostarme con ella’. Y otro: ‘Que pueda yo quitarme de encima tal carga’. Pero tú: ‘Que no tenga yo deseo de quitarme de encima tal carga’. Otro: ‘Que pueda yo conservar a mi hijo’. Pero tú: ‘Que no tema yo perderlo’. (Meditationes, IX, 40).

Marco Aurelio opone pues a la oración de demanda que pretende modificar el curso del destino, la oración de conformidad, que no quiere sino estar en acuerdo con el orden universal, en armonía.

El segundo tema, el de la disciplina de los impulsos se basa en el dogma de la existencia de un instinto esencial, gracias al cual la naturaleza racional, a imagen de la universal, concuerda consigo misma y tiende a amarse y conservarse a sí misma. Este impulso es la base del comportamiento social, según el sentimiento de justicia y amor hacia los miembros no sólo de una naturaleza universal, sino de un mismo social.

El tercer tema, el de la disciplina en la conformidad, se fundamenta en el famoso aforismo de Epicteto:

“No son las cosas las que perturban a los hombres, sino sus juicios sobre las cosas” (Manual, 5)

Todo es una cuestión de juicio y el juicio depende de nosotros. Numerosas sentencias denuncian que los juicios de valor añaden equivocadamente una carga a la realidad, valor añadido del que con frecuencia provienen nuestros males. Dado que el estoico, al contrario del monje budista, no se aparta o desprende del mundo sino que se conforma a él, debe estar continuamente regulando su estado de ánimo a los avatares del destino o de la ley de la naturaleza.

Pero entonces, si la naturaleza humana se muestra tan reacia al dolor, tan apegada a las cosas y los afectos, ¿cómo se entiende que este desorden particular sea producto del orden universal? Séneca (2006) dedica en sus diálogos largas páginas cargadas de argumentos y de retórica para concluir que el ser humano se deja seducir por la ilusión de inmortalidad e inmunidad, fruto de su deseo, en lugar de reconocer su propia naturaleza frágil y perecedera. Admite que los animales reaccionan con dolor y desespero a las heridas y a las pérdidas, pero que su dolor es breve. El

hombre, en cambio, sentencia:

“Fomenta su propio dolor y se siente afectado, no en la medida que siente, sino en la que ha decidido sentir” (Diálogos: Consolación a Marcia).

LA TRADICIÓN CRISTIANA: EL NUEVO TESTAMENTO

El cristianismo aparece en un momento histórico caracterizado por la expansión del Imperio Romano y el predominio de la cultura helenista en todo el arco mediterráneo. En este contexto histórico y cultural nace Jesús de Nazaret, figura en la cual confluyen la tradición veterotestamentaria del pueblo escogido de Dios, con la perspectiva universalista y ecléctica de Roma, presente en Judea a través de su gobierno y sus legiones. Esta doble confluencia se hará presente tanto en la vida de Jesús (*“dad al César lo que es del César”* Mateo, XXII, 21; Marcos, XII, 16; Lucas, XX, 25) como en su muerte, condenado y ejecutado en la cruz por el gobernador romano, a petición del sanedrín de los judíos. De este modo quedarán reconciliados con Dios a través del sacrificio de Cristo en la cruz judíos y gentiles en un Nuevo Testamento, dando lugar a la visión “católica” (universal en griego) del cristianismo que promulgará San Pablo, hebreo y ciudadano romano a la vez, imbuido de la fe judía y de la cultura helenística presente en su ciudad natal de Tarsos en la Cilicia, con su predicación y sus cartas, dirigidas tanto a los judíos de la diáspora como a los gentiles bautizados en la nueva fe.

“Recordad que vosotros erais extranjeros por la carne..., privados de la ciudadanía de Israel y excluidos del pacto de la promesa, privados de esperanza y sin Dios en el mundo. Pero ahora, Cristo ha hecho de los dos pueblos uno solo, destruyendo el muro de separación, al abolir la Ley de los mandamientos con sus decretos, a fin de crear en él un solo hombre nuevo y hacer la paz, unidos todos en un solo cuerpo, reconciliándonos con Dios por medio de la cruz. Así al llegar Él os anunció la paz a vosotros que estabais alejados y a los que estaban cerca por el cual tenemos unos y otros acceso al Padre en un solo Espíritu. De este modo ya no sois extranjeros ni forasteros sino conciudadanos de los santos y familiares de Dios”.
(Efesios, II 11-20)

Esta fe aporta una visión totalmente nueva tanto para judíos como para gentiles. A los primeros se les presenta como el Mesías prometido, fundador de una nueva Alianza, basada en la redención del pecado y la liberación de la Ley. De este modo compara San Pablo a Jesucristo con el nuevo Adán padre de una humanidad regenerada y el nuevo Moisés que viene a sustituir la antigua Ley por la que abundó el pecado y su fruto que es la muerte. Conectando con el espíritu del Antiguo Testamento San Pablo atribuye a la muerte de Cristo la capacidad de reinvertir el sentido de la historia introduciendo con ella la resurrección y la vida allí donde el pecado de Adán había introducido la muerte en la historia de la humanidad:

“Por esta razón, así como por un solo hombre (Adán) entró el pecado en

el mundo y por el pecado, la muerte... y ésta reinó desde Adán hasta Moisés incluso sobre quienes no habían pecado con una trasgresión parecida a la de Adán, el cual es el prototipo del que tenía que venir (Jesucristo)..., si por el pecado de uno solo muchos tuvieron que morir, mucho más por el don de la gracia de un solo hombre, Jesucristo, vivirán eternamente” (Romanos, V, 12-16).

A los segundos, los gentiles, les plantea la sustitución de sus ídolos o dioses antropomórficos primitivos o la del logos más sofisticado e impersonal de los filósofos estoicos por la encarnación de Dios en persona. Como escribía San Pablo a los Corintios:

“De hecho, como el mundo no fue capaz de conocer a Dios mediante su propia sabiduría, quiso Dios salvar a los creyentes mediante la locura de la predicación. Así, mientras los judíos piden signos y los griegos sabiduría nosotros predicamos a Cristo crucificado: escándalo para los judíos y locura para los gentiles, mas para los escogidos, lo mismo judíos que griegos, un Cristo fuerza de Dios y sabiduría de Dios”. (Corintios I, 1:20-24)

El cristianismo parte del misterio fundamental de la encarnación del Hijo de Dios. Lo proclaman de modo solemne y conciso los primeros versículos del prólogo del Evangelio según San Juan:

“En el principio era el Verbo (logos), y el Verbo estaba junto a Dios, y Dios era el Verbo... y el Verbo se hizo carne y habitó entre nosotros” (Juan 1, 1-14)

Para nosotros los occidentales, formados en la cultura cristiana, más allá de la actitud creyente o no de cada uno, resulta habitual identificar la figura histórica de Jesús de Nazaret con la del Hijo de Dios. Él se convierte en la manifestación sensible y amorosa del Dios temible e invisible propio del Antiguo Testamento dice San Pablo en la epístola a los Colosenses:

“El es la Imagen de Dios invisible, primogénito de todas las criaturas... Él es el principio, primogénito de entre los muertos, pues Dios tuvo a bien hacer residir en Él toda la plenitud, y reconciliar por él y para él todas las cosas” (Colosenses I, 15-20).

Este cambio de perspectiva establece la diferencia fundamental entre Nuevo y Antiguo Testamento. Cristo es la imagen visible del Dios invisible precisamente por su encarnación, de modo que quien le ve a él ve al Padre. El cuerpo de Cristo encarnado estará sometido como tal a la muerte y el sufrimiento, de modo que su sacrificio en la cruz se convertirá en el pago de nuestra redención:

“Canceló la nota de cargo que había contra nosotros... y la suprimió clavándola en la cruz” (Colosenses, II, 14).

Muerte y sufrimiento ya no son algo terrible para los cristianos, sino el camino para la salvación: el medio de transformación del cuerpo percedero en imperece-

dero. El cuerpo de Cristo tuvo que ser sacrificado para ser glorificado. Todos los cristianos deberán seguir su camino, transfigurando su cuerpo mortal en otro inmortal a través de la resurrección de la carne. Se trata de una vida en un cuerpo glorificado o resucitado, proceso para el cual es imprescindible el pasaje por la muerte, por la que el cuerpo corruptible (la carne) se transforma en incorruptible, así como el grano de trigo tiene que morir primero, antes de fructificar:

“Se siembra en la corrupción y resucitará incorruptible, se siembra en el deshonor y resucitará glorioso; se siembra en la debilidad y resucitará en la fortaleza; se siembra un cuerpo animal y resucitará un cuerpo espiritual... Tal como está escrito: El primer hombre Adán, vino a la existencia con un alma viviente, el último Adán con un espíritu vivificante... Y cuando este cuerpo corruptible se haya revestido de incorruptibilidad y este cuerpo mortal se haya revestido de inmortalidad, entonces se cumplirá la palabra que está escrita: ¿dónde está, oh muerte, tu victoria, dónde está, oh muerte, tu aguijón?” (I Corintios, XV, 35-56)

De este modo la muerte ya no resulta temible, como podía serlo para epicúreos o escépticos que intentaban minimizarla arguyendo que cuando uno moría dejaba de ser sensible y por tanto de sufrir, ni se trata de un hecho derivado de un destino inevitable, comprensible en el conjunto del universo, como planteaban los estoicos, los cuales querían consolarse con la idea de una eternidad impersonal, transformados en átomos del universo “polvo de estrellas”. Como dice Ferry (2007) para la doctrina estoica de la salvación:

“la muerte no deja de ser un tránsito, pero es un paso que nos lleva de un estado personal y consciente... a un estado de fusión con el cosmos en el que perdemos nuestra individualidad consciente”.

El cristianismo, en cambio, plantea una nueva doctrina de la salvación tan convincente que será capaz de hacer retroceder o eclipsarse las doctrinas filosóficas de la Antigüedad. La resurrección de los cuerpos hace que cada uno de nosotros alcance una vida eterna, conservando su identidad personal para siempre jamás, pues en Cristo pasamos a ser hijos de Dios. La fascinación de esta promesa es la razón por la que, probablemente, el cristianismo obtuvo un éxito tan rápido y espectacular en el contexto de su época, preparado para recibir un mensaje de salvación. La muerte deja de ser temible para pasar a ser deseable, deseo que infundió en el ánimo de los primeros mártires la fortaleza para enfrentar gozosos la muerte violenta a la que les sometió la persecución del imperio romano, firmemente convencidos de la veracidad de aquel dicho de Jesús: *“No temáis a quienes os pueden quitar el cuerpo, sino a los que os pueden quitar el alma”*. Esperanza que llevada al paroxismo en los místicos cristianos hará exclamar a Santa Teresa de Jesús:

*“Vivo sin vivir en mí,
y tan alta vida espero,*

que muero porque no muero...
Sólo con la confianza
vivo de que he de morir
porque muriendo, el vivir
me asegura mi esperanza:
muerte do el vivir se alcanza
no te tardes, que te espero
que muero porque no muero...”

Superado el temor a la muerte por la promesa de la resurrección, el dolor o sufrimiento se desvinculan de ella para pasar a ser objeto de una consideración propia. El dolor no se considera deseable como la muerte, que ha sido liberada por la promesa de resurrección, pero pronto se convierte en un medio para la redención propia y ajena, a imitación del sufrimiento de Cristo en la cruz, lo que sirve de consuelo a cuantos han de soportarlo, hasta el punto de convertirse en la condición para su seguimiento:

“Si alguno quiere venir en pos de mí que se niegue a sí mismo, que coja su cruz y me siga. Porque el que quiera salvar su vida la perderá y el que la pierda por mí la encontrará”. (Evangelios de Mateo XVI, 24-26; Marcos, VIII 34; Lucas, IX, 23).

Al mismo tiempo, el sufrimiento de la vida cotidiana, ya sea producido por traumatismos o enfermedades o bien por pérdidas o desgracias, se aprende a interpretar, como en el caso de Job, en términos de pruebas enviadas por Dios, cuya superación nos acerca a la transformación definitiva de la resurrección. De esta concepción surge la visión del mundo como un “valle de lágrimas” y el cielo como un paraíso donde la muerte y el dolor habrán desaparecido definitivamente. San Pablo considera las tribulaciones dignas de soportar,

“puesto que engendran paciencia y la paciencia pone a prueba la virtud y ésta genera la esperanza, la cual no engaña, puesto que sobre ella se derrama el espíritu”. (Romanos V, 3-4).

Rechaza, en cambio el apóstol, las privaciones y aflicciones autoimpuestas, porque

“aunque pueden tener apariencia de sabiduría por su afectación de religiosidad, de sujeción humillante y la falta de consideración respecto al cuerpo, carecen de valor ante Dios”. (Colosenses, II 23).

Más adelante, sin embargo, ya entrada la Edad Media, en algunos ambientes ascéticos, influidos por el gnosticismo que consideraba el cuerpo como un obstáculo para la contemplación de Dios, la inflicción voluntaria de dolor en forma de mortificación se llegará a valorar como un camino de salvación, de superación del estado carnal y, por consiguiente, de anticipación de la glorificación del cuerpo. El dolor pasará a formar parte del imaginario del cristianismo y su aceptación como medio de santificación e imitación de Cristo será una forma de expresión de la

piedad y devoción de los fieles, dando origen a la aparición de órdenes religiosas y cofradías de penitentes. A las modalidades habituales del ascetismo como el ayuno o la abstinencia se le sumarán formas de penitencia y mortificación activas, basadas en la aplicación voluntaria de cilicios, azotes y disciplinas, cuyas manifestaciones extremas serán siempre rechazadas por la Iglesia, sin embargo, como contrarias al espíritu del Evangelio.

La concepción cristiana del dolor presidirá en Occidente todo el período de la Edad Media hasta bien entrado el Renacimiento y el Barroco, que implicará una exaltación del dolor y el sufrimiento, tanto en la imaginería religiosa, piénsese en las Vírgenes dolorosas o en los pasos escultóricos de Semana Santa, como en la doctrina religiosa. Las representaciones de las “pasiones” en forma de argumento dramático o retablo de escenas, todavía bien vivas en algunos pueblos de Cataluña como Olesa, Esparraguera o Cervera, constituirán la base de los autos sacramentales o teatro religioso de la Edad Media; la música sacra se enriquecerá con himnos en latín tardío dedicados a dar voz a la profundidad del dolor de la Virgen María, como el “*Stabat Mater dolorosa*”, que de la primitiva versión en estilo gregoriano será más tarde retomado en distintos momentos y estilos por músicos como Pergolesi, Palestrina, Scarlatti, Rossini o Verdi. Los retablos de los altares se llenarán de imágenes pintadas o esculpidas con escenas de crucifixiones y martirios con la exhibición de todo tipo de instrumentos de tortura. El Cristo resucitado, representado como pantocrátor glorioso en el arte bizantino y el primitivo románico, será sustituido en el románico tardío y el gótico por el Cristo crucificado, cuya máxima expresividad se alcanzará en el Barroco, forma de manifestación artística que supone la exaltación de la sensibilidad, y, en consecuencia, del dolor en la concepción del arte y de la vida. Al poner el acento en la sensibilidad (misterios de dolor y gozo en la vida de Jesús), el cristianismo subrayará frente a las doctrinas gnósticas que negaban la realidad de la encarnación de Cristo y más tarde frente al ascetismo iconoclasta de la reforma protestante, la importancia de la fe en la dimensión humana del Dios encarnado, a cuyo servicio se pondrán los recursos literarios y artísticos de todas las épocas.

Sin embargo no hay que olvidar que el misterio fundamental de la Encarnación es indisoluble del de la Resurrección. El hijo de Dios se hace hombre para salvarnos del pecado y de su fruto, la muerte. La muerte ha sido vencida definitivamente por su Resurrección. El dolor no es más que un avatar del cuerpo corruptible en su proceso de transformación gloriosa, en ningún caso necesario ni deseable, si acaso inevitable. El cristianismo es una doctrina teológica de la redención, de la liberación del dolor y de la muerte, de la que pretende salvarnos definitivamente a través de la resurrección de la carne al final de los tiempos. Pero es también una doctrina moral de la compasión frente a los males y sufrimientos de este mundo, practicada por el mismo Jesús que pasó por la tierra curando los cuerpos de tullidos, leprosos o enfermos con la imposición de las manos, devolviendo la vista a los ciegos y

haciendo caminar a los cojos y paralíticos, resucitando sólo con su palabra a los muertos, y sanando los espíritus con la comprensión y el perdón (Lucas, VII, 22). A imitación de Cristo también muchas órdenes religiosas se fundarán con el objetivo de ejercer la caridad en el ámbito del cuidado de los enfermos, la atención a los pobres, los presos o los desvalidos, puesto que *“todo lo que hagáis por uno de vuestros hermanos más necesitados, a mí me los habéis hecho”* (Mateo, XXV, 40).

La doctrina de la caridad (Dios es amor) es la única forma en que la expresión de la fe cristiana adquiere legitimidad, dado que la Ley del Nuevo Testamento que anula la del Antiguo se resume en amar a Dios y al prójimo. El Dios revelado por Jesús ya no quiere sacrificios (Marcos, XII, 32-34), el de su Hijo fue el último y definitivo, sino amor. Como dice San Pablo

“Si yo hablase las lenguas de los hombres y los ángeles, pero no tuviera caridad, sería como la campana que toca o el címbalo que suena. Y si tuviese el don de la profecía y supiese todos los misterios y toda la ciencia, o si tuviese una fe íntegra capaz de mover montañas, pero no tuviera caridad, no sería nada. Y si distribuyese todos mis bienes entre los pobres y entregase mi cuerpo a las llamas para que se consumiese en sacrificio, pero no tuviera caridad, de nada me serviría” (I Corintios, XIII, 1-3)

EL HUMANISMO: MONTAIGNE

A partir del Renacimiento, las ciencias primero y la filosofía después, dejan de ser materia teológica para pasar a ser disciplinas con autonomía propia. En este contexto la filosofía asume el papel de la interpretación del mundo que durante siglos había ostentado el cristianismo, dando origen a un Humanismo de inspiración cristiana o pagana, según los casos, que legitima la razón al lado de la fe o frente a ella como fuente de conocimiento existencial y guía de comportamiento moral. En este marco histórico surgen pensadores que, como Montaigne, se remontan a la tradición clásica grecorromana para volver a pensar los grandes temas de la existencia humana, entre ellos el sentido de la muerte y el dolor.

Al igual que Epicuro, Montaigne (1533-1592) reflexiona sobre el dolor no solamente de un modo especulativo, sino a propósito de su experiencia como víctima de continuos cólicos nefríticos que empezó a sufrir a partir de los 47 años.

“Los ataques se me repiten de forma tan constante que no experimento ni un solo instante de salud total. Sin embargo, mantengo hasta el presente mi espíritu en una situación tal que si puedo darle continuidad me encuentro en una condición de vida bastante mejor que miles de personas que no tiene ni más fiebre ni más dolor que el que ellos mismos se atribuyen por falta de entendimiento.” (Vol. II. pp. 705)

El entendimiento al que se refiere Montaigne consiste en reconocer el dolor del cuerpo como nuestro mayor problema, pero en no consentir que anule el espíritu. Tal como escribe en las primeras páginas de sus ensayos, antes de ser víctima de los

cólicos:

“Así, nuestro problema es el dolor. Admite que se trata del peor mal de nuestro ser, ya que nadie lo desea menos que yo, ni nadie intente escapar a él más que yo, a pesar de no haber tenido, gracias a Dios, mucho que ver con él. Pero nos corresponde, sino aniquilarlo, al menos empujarlo gracias a la paciencia, y, aunque el cuerpo se resienta, mantener no obstante el alma y la razón en buen estado de salud... Si no somos tan capaces de soportar el dolor es porque no estamos acostumbrados a obtener del alma nuestra principal fuente de satisfacción, no le prestamos la atención debida a ella que es la única dueña y soberana de nuestra condición y conducta... El alma es variable en muchas maneras, y somete a ella y a su estado, sean las que sean, las sensaciones del cuerpo y el resto de accidentes. Es necesario pues estudiarla, intentar conocerla y despertar en ella sus poderosos resortes.” (Vol. I. pp.100-101)

La posición de Montaigne respecto al dolor se halla más próxima a la de Epicuro que la de los escépticos o los estoicos.

“Y siguiendo a Epicuro me parece que se han de evitar los placeres si conllevan dolores más agudos y se han de buscar los dolores que conllevan placeres mayores”. (Vol. II, 709)

Partiendo de la concepción materialista de la sensibilidad como fuente del placer y del dolor Epicuro consideraba, en efecto, que la muerte no es temible porque supone el fin de la sensibilidad y, por tanto, del dolor. Sólo el dolor, en cambio, es temible porque constituye el mal supremo. El estoico Antístenes venía a dar la razón a Epicuro cuando gritando de dolor exclamaba: *“¿Quién me liberará de mis males?”*. Diógenes, el cínico, que había ido a verle, mostrándole un puñal le dijo: *“Si quieres, éste de inmediato”*. A lo que Antístenes replicó: *“No hablo de la vida, sino del dolor”*.

En efecto, ¿por qué entre tantas razones que de diversas maneras persuaden al hombre a soportar el dolor, se pregunta Montaigne (2007), *“¿no encontramos una que sea eficaz para nosotros?”*. (Vol I. pp.117) A este propósito recuerda Montaigne la anécdota de Pirrón, el sistematizador del pensamiento escéptico, quien en medio de una tormenta en el mar confortaba a los temerosos marineros contraponiendo el comportamiento tranquilo de un cerdo, que viajaba en la nave, al temeroso de ellos, consideración que le lleva a preguntarse:

“¿Nos atreveremos a decir que la ventaja de la razón de la que tanto nos enorgullecemos y gracias a la cual nos consideramos maestros y dueños de las otras criaturas se nos ha concedido para atormentarnos? ¿De qué nos sirve el conocimiento de las cosas si nos hace perder el reposo y la tranquilidad que tendríamos sin él, y si es causa de que sea peor que la del cerdo de Pirrón? La inteligencia que se nos ha dado para nuestro gran bien, ¿la utilizaremos para causar nuestra ruina al combatir el diseño de

la naturaleza y el orden universal de las cosas, que quiere que cada uno use sus medios e instrumentos para la propia comodidad? (Montaigne, 2007, I, 97).

Montaigne considera que el objetivo de los filósofos antiguos estaba orientado a liberar al hombre del temor a la muerte, tarea en la cual tanto el escepticismo, como el epicureísmo o el estoicismo podían haber dado con argumentos sólidos. Pero, ¿qué decir del dolor?

El dolor, dice Montaigne, es considerado por la mayoría de los sabios como el mayor mal y los que lo niegan de palabra, lo confiesan en la realidad. Cuenta a este propósito la anécdota del estoico Posidonio, el cual, atormentado por una enfermedad aguda y dolorosa respondió a Pompeyo que había ido a visitarlo:

“Que Dios no consienta que el dolor venza sobre mí, de modo que me impida disertar o hablar sobre él”

Sin embargo, el dolor no cesaba y lo interrumpía constantemente, a lo que Posidonio replicaba:

“Por mucho que hagas, dolor, no diré de ti que eres un mal”.

Como buen epicúreo en esta cuestión, Montaigne se mofa de este planteamiento preguntándose, ¿es que por dejar de llamar mal al dolor, deja de doler? Nuestros sentidos que son los jueces, tienen la última palabra:

“¿Podemos hacer creer a nuestra piel que los azotes le hacen cosquillas?... El cerdo de Pirrón está de nuestra parte: no se espanta ante la muerte, pero si lo apalean, chilla y se atormenta. ¿Negaremos el comportamiento de la naturaleza que consiste en temblar bajo el dolor?... Millares de hombres y animales mueren antes que ser amenazados, puesto que en realidad lo que tememos de la muerte es principalmente el dolor, que es su precursor habitual... Y por experiencia sé que más bien es la imposibilidad de soportar la idea de la muerte lo que nos hace incapaces de soportar el dolor y que lo sentimos doblemente insoportable porque nos amenaza con la muerte”. (vol I, 98-99).

Estas palabras escritas por Montaigne antes de experimentar los cólicos nefríticos se verán matizadas después de la experiencia dolorosa causada por la enfermedad. La muerte es fuente de angustia y desazón, y por ello hay que prepararse para ella a fin de librarse de su temor, pero el dolor causado por la enfermedad es molesto y perturbador de la vida cotidiana y, en consecuencia no hay valor máspreciado que la salud, puesto que sin salud se debilitan las virtudes del alma:

“La salud es un don precioso y la única cosa que merece que para ganarla se utilice el tiempo, el sudor, la pena, los bienes, incluso la vida, puesto que sin salud la vida es penosa e injuriosa. La voluntad, la sabiduría, la ciencia y la virtud, sin salud se debilitan y desvanecen. Y a las palabras firmes y a los razonamientos sobrios que la filosofía nos quiere imponer en sentido

contrario basta con oponer la imagen de Platón afectado de epilepsia y apoplejía y que, en este supuesto, desafiarlo a que se ayude con sus nobles y ricas facultades del alma". (Vol. II, 709).

Sin embargo, el dolor no puede llegar a anular la vida del espíritu de manera definitiva, como lo hace la muerte. Es por su temor y por el ansia indiscriminada de curación que llegamos a anular la razón:

"Es el temor a la muerte y al dolor, la falta de paciencia hacia el mal, una furiosa e indiscreta sed de curación que nos ciega de este modo, es pura cobardía la que hace nuestra credulidad tan débil y maleable". (Vol. II. 733).

Lo dice Montaigne a propósito de la credulidad de los enfermos respecto a la medicina, de la que él se muestra extremadamente escéptico. El dolor agudo puede esperar algún alivio de la naturaleza o de la medicina, pero el dolor crónico alimenta en parte su poder destructor en las expectativas mágicas o excesivas, proyectadas sobre ella. La alternativa que Montaigne propone implica admitir que el dolor es inevitable en ciertas condiciones y que aprender a vivir con él es más sabio que vivir de él, contra él o para él.

A MODO DE COLOFÓN

En este breve, y sin duda incompleto, repaso por las fuentes sapienciales nos hemos enfrentado a diversas concepciones sobre el origen y la función del dolor. La mayoría de las teorías parte de la constatación innegable de su existencia: algunas están preocupadas por dar una explicación a su origen, que suelen atribuir a la naturaleza sensible del ser humano, a alguna intervención desgraciada de éste sobre ella o a algún castigo de los dioses. Todas suelen plantearse su evitación o liberación y en este sentido las propuestas, aunque dispares, persiguen el mismo objetivo, aunque con medios y acentos distintos. Mientras para unos, liberación se entiende como una forma de desapego del mundo, de donde provienen todas las fuentes del dolor, por elevación hacia un mundo trascendente, para otros se trata de conformidad con él, por reducción al atomismo del que está compuesto todo el universo (estoicismo). Mientras para el judaísmo más espiritual el dolor es una prueba de Dios a sus siervos escogidos, para el cristianismo es un camino de redención.

El mal principal que preocupa, sin embargo, a todas las religiones y filosofías es la muerte, pero no por miedo al dolor, del que precisamente viene a liberarnos, como dice el epicureísmo, sino a la desaparición o desvanecimiento del alma humana en este tránsito. De este modo la muerte se convierte para las religiones o filosofías de carácter soteriológico en el proceso por el que el ser adquiere su forma de máxima realización como "*atman*", o descansa definitivamente del círculo de reencarnaciones en un estado de "*nibbana*", o se transfigura en un cuerpo glorioso a través de la resurrección, superando en consecuencia la condición de mortalidad, alcanzando la liberación o salvación definitivas.

Desde una perspectiva laica y humanista, predominante en nuestra cultura occidental, sin embargo, evitamos hablar de la muerte, si no es por accidente traumático, precisamente porque desde una óptica científica las enfermedades terminales que conducen a ella constituyen un fracaso. Como tal fracaso, la muerte no se convierte en ningún pasaje o tránsito a ninguna parte o proceso de liberación de nada, sobre el que la medicina carece de discurso (escepticismo, materialismo). En su lugar, enfocamos nuestra atención hacia el dolor disociándolo de la muerte, en contra de lo que hacían nuestros antepasados, dado que sobre él pensamos que podemos ejercer un dominio eficaz, y en consecuencia, también, no nos importa tanto su significado, como su evitación o posible paliativo. Así la medicina actual ha sido capaz de identificar y desarrollar tratamientos específicos para múltiples variedades del dolor que incluyen tanto procedimientos quimioterapéuticos como quirúrgicos. A este repertorio médico podemos añadir, por suerte, otros recursos paliativos y reparadores, provenientes de la fisioterapia, la medicina natural, la musicoterapia, la hipnoterapia (ver este mismo número de la Revista), la meditación u otras técnicas originadas en el ámbito de la psicología (Bayés, 2001, Miró, 2003; Moix, 2006).

Sin embargo, el dolor se rebela a ser eliminado de la experiencia humana y reaparece en forma de múltiples modalidades de dolor crónico, como la fibromialgia, u otras formas de somatización que suponen un nuevo reto para la ciencia médica, a la vez que nos vuelven a la necesidad de reconsiderar el significado o la función del dolor en la experiencia humana, particularmente en relación a las formas de vida que se construyen a su alrededor. Esa necesidad hace referencia tanto a la reconsideración del papel activo o pasivo del sujeto que sufre en la gestión de su enfermedad, como a la de reorientar la propia existencia en todos los ámbitos de la vida. La validez de este replanteamiento se pone de manifiesto en el siguiente caso, protagonizado por M. Àngels Mestres (2007), paciente diagnosticada de fibromialgia, quien llegó a tomar más de veinte pastillas al día antes de asumir las riendas de su enfermedad:

“Tantas sustancias químicas sintéticas me empeoraban, con sus efectos secundarios. Ya llevaba un año con dolores cuando me diagnosticaron fibromialgia, a finales del año 2000. Y comenzó un historial de tratamientos médicos y farmacológicos... Un año y medio después seguía tan mal que dejé de ir a trabajar al despacho. Desde casa seguí trabajando, y llevando la casa. Una mañana no pude levantarme: ¡una parálisis me atenazaba ambas piernas! Durante tres días no pude moverme. Fue tan espantoso... que eso me salvó: decidí que no quería seguir así. Tomé yo las riendas. Dejé de esperar remedio de los demás. Dejé de ser una paciente: empecé a dirigir yo mi curación. Y hoy me considero curada. Y no tomo fármaco alguno. Los médicos dicen que ahora soy una fibromiálgica «asintomática», sin síntomas. Se resisten a aceptar que esté curada... Otros médicos me hablan

de «remisión espontánea», como sinónimo de «milagro». ¿Milagro? ¡Ja! No hay milagro: he trabajado mucho para aprender sobre mi mal, comprenderlo..., y cambiarme a mí misma, corregir mi vieja estructura psíquica, que era dañina para mí. ¡Soy hija de médico, sobrina de médico y hermana de médico! Y ellos me han visto sufrir tanto, tanto... Se han sentido tan impotentes, que al verme y escucharme hoy no sólo no se enfadan: ¡están contentos por mí!

- ¿Qué es lo primero que debería saber una fibromiálgica?
- Que su cuerpo está gritándole que hay aspectos de su vida que le conviene cambiar. Toda mi vida yo había hecho cosas (y dejado de hacer otras) por agradar, por encajar, por ser reconocida... Y actuar en espera de aprobación externa es despremiar tu esencia.
- ¿Qué tiene que ver con la fibromialgia?
- Esta enfermedad deriva de una retención de la acción, de no hacer lo que sientes, de reprimir emociones. No estás queriéndote: el cuerpo somatiza el conflicto, y se queja.
- Si así fuera, ¿qué habría que hacer?
- Alinear pensamientos, emociones y acciones. Cuesta, y hay que ponerse a ello. Primer consejo: si piensas algo, ¡hazlo! Y si ves que no vas a hacerlo, ¡deja de pensarlo! Otro: esfuérzate en decir «no» sin sentir culpa.
- ¿Esto es algo que le cuesta más a la mujer que al hombre?
- *Sí, porque las mujeres hoy se autoexigen más, por ganar reconocimiento de un mundo masculino... Y por eso yo era una perfeccionista, autoexigente, rígida, orgullosa. Lo entendí y empecé a liberarme, y hoy soy condescendiente con los demás y consecuente conmigo (pienso, siento, actúo).*

El texto de M. Ángeles Mestres hace referencia a una serie de consideraciones fundamentales para el planteamiento de la comprensión del dolor crónico y su enfrentamiento en aquellos casos en que su etiología no deriva de un daño objetivable primaria (por traumatismo) o secundariamente (por enfermedad), como parece ser el caso de la fibromialgia y otras formas de somatización dolorosa:

- En primer lugar sobre el origen del malestar somático, como consecuencia de una forma de vida en la que el sometimiento a las exigencias de perfección y servicio a los demás, desde una posición heteronómica de perfeccionismo, de obligaciones familiares, profesionales o laborales, o sociológica complaciente de agradar a los demás, u oblativa de servirlos desinteresadamente (Villegas, 1993, 2005) acaba por desgastar la resistencia tanto del sistema esquelético muscular como del sistema inmunológico (Tucker, 2004).
- En segundo lugar, sobre la preeminencia de afectación de esta patología en la población femenina. En consonancia con el punto anterior las

mujeres, particularmente casadas y madres de familia, constituyen un grupo de riesgo, puesto que tradicionalmente han tenido que ganarse la aceptación de los demás y la paz con su propia conciencia, satisfaciendo los deseos y necesidades de los otros con evidente descuido de sus intereses.

- En tercer lugar, sobre el papel iatrogénico del diagnóstico que se empeña en ver la problemática de la enfermedad como algo puramente tisular e irreversible, para el que sólo sirven los paliativos químicos o físicos, y del pronóstico que condena al paciente a considerarse un enfermo vitalicio, privado de cualquier esperanza de curación, o ni siquiera de mejora, a la vez que despojado de cualquier invitación a responsabilizarse de la gestión de su vida.
- En cuarto lugar, sobre los procedimientos de curación o de mejora que, si no en todos, en la mayoría de los casos pasan por una consideración relativista del dolor y sus efectos sobre la vida cotidiana, que permiten, si no llegar a liberarse plenamente del dolor, al menos aprender a vivir con él, sin convertirlo en el centro de focalización de la propia vida, aceptando su presencia también como una oportunidad para cambiar. Este cambio implica una modificación en los hábitos de comportamiento desde la alimentación a las rutinas de la vida cotidiana (Tucker, 2004), hasta las formas de concebirse o representarse a sí mismo. Implica también una transformación en profundidad de nuestros modos de estar en el mundo, una óptima ocasión para sacar provecho de un proceso psicoterapéutico.

Evidentemente no siempre la experiencia del sufrimiento en estos casos es entendida como una oportunidad para el cambio. Por naturaleza todos los seres vivos rehuyen el dolor, dado que el sistema nervioso está dotado de receptores específicos al dolor y de sistemas de neutralización del mismo que van desde los bloqueadores periféricos a la supresión total de la conciencia a fin de anular la percepción del mismo. El placer tiende a reforzar las experiencias agradables y, por tanto a fomentar lo que Freud (1920, 1926) llamó “la compulsión de repetición”, que se halla en la base de las más diversas adicciones y dependencias. El dolor, por el contrario, por su efecto aversivo puede producir una doble respuesta, evitativa o transformadora. La primera constituye la condición previa a la neurosis, la segunda predispone al cambio.

La idea que el dolor pueda ser útil para el cambio es pues, en cierta manera, contraria a la lógica natural. Por esa misma razón acuden los pacientes al médico o a la psicoterapia con la expectativa, en parte mágica, de que una intervención externa les pueda liberar de su sufrimiento. Nuestra sociedad, además, está poco familiarizada con el dolor, para lo que ha desarrollado una medicina y farmacología paliativas de gran alcance, que cubre desde dolores reumáticos o traumáticos, patológicos por su naturaleza, a dolores naturales como los del parto. Esta farmacopea

se ha extendido también al sufrimiento psicológico, donde procesos como el duelo (Worden, 1997) son frecuentemente abortados por dosis masivas de antidepresivos, privando a las personas de evolucionar a través del sufrimiento.

No somos contrarios a la utilización de medicamentos paliativos en el tratamiento de las crisis dolorosas de naturaleza tanto fisiológica como psicológica, particularmente en sus momentos más agudos, cuando el dolor puede tener un poder fuertemente desestabilizante o incluso destructivo (Villegas, 1998). Tales medicamentos pueden ser útiles y sin duda coadyuvantes en el proceso terapéutico, siempre que se administren de una forma integradora. También es cierto que en determinadas situaciones algunos medicamentos ejercen una función no sólo paliativa, sino además restauradora o reparadora, en cuyo caso resultan totalmente justificados e imprescindibles (Hollon y Davis, 1999) al igual que intervenciones quirúrgicas de mayor alcance cuando constituyen los únicos o más eficaces tratamientos de elección.

Simplemente queremos llamar la atención sobre potencialidad transformadora del dolor, frecuentemente ignorada en nuestra sociedad. En todos los casos en que la psicoterapia obtiene un resultado se observa la utilización de este poder del dolor como un elemento clave del proceso (Villegas, 2001). Un breve texto de felicitación del Nuevo Año, escrito casi doce meses después de dar por terminada la terapia y dirigido a su terapeuta por una expaciente a la que llamaremos Katy, lo expresa bellamente:

“Tarde para felicitarte las Navidades, pero no para desearte un feliz Año Nuevo. También quiero agradecerte el haberme ayudado a crecer, haberme ayudado a escuchar mis sentimientos y, por último, haberme ayudado a atravesar el túnel del dolor de la vida y entender que esto es sinónimo de felicidad. Hasta siempre, Katy”.

La finalidad de la psicoterapia no es evitar el sufrimiento, sino aliarse con él para promover el cambio. Como observa Maturana (1996) «si no hay sufrimiento no hay deseo de cambio». De este modo puede decirse que el dolor es el aliado inseparable de la terapia, lo contrario del síntoma, que sitúa al paciente en una actitud pasiva, y del resentimiento que lo sitúa en una posición vengativa.

Parafraseando las cuatro Nobles Verdades de Buda, Fromm (1976) establece las condiciones en las que el sufrimiento se puede convertir en motor del cambio en la psicoterapia, de este modo:

1. Que la persona sea consciente del estado de sufrimiento en que se halla
2. Reconozca el origen de su malestar
3. Acepte la existencia de un camino para superarlo
4. Admita que para su superación es necesario introducir algunos cambios en su vida o en su modo de pensar, sentir y actuar

Pero con frecuencia el dolor, y con mayor razón en los casos en que éste es de naturaleza física y crónico, se convierte en el foco máximo de atención del paciente.

Ésta es su motivación de base y su objetivo final: liberarse del dolor. Esta característica es la que a ojos de Freud, convertía el sufrimiento normal en neurótico, dando la razón a aquel aforismo de Perls (1975): “*neurótico es aquel que sufre para evitar el sufrimiento*”. Como tal, el sufrimiento es experiencia de lo real que es lo contrario de la ansiedad, anticipación de la experiencia o experimentación fantaseada de lo que tiene que venir, con lo cual cualquier acción, excepto la evitación, resulta ineficaz.

Es lógico que el ser humano, como buen razonador pragmático (Mancini, 1999), tienda a hacer un balance en términos de pérdidas y ganancias de su estado actual en función de otro estado posible y sólo si este balance sale negativo respecto a la situación actual se motive para el cambio. Ahora bien, no siempre el balance se puede establecer relacionando un estado con otro, sino que a veces se experimenta el malestar de la situación actual, sin ningún punto de referencia con el que compararse. En este caso la motivación para el cambio puede ser prácticamente inexistente, centrándose toda la atención de forma exclusiva en evitar el malestar producido por el estado actual de la situación, dando origen a la queja. Ésta puede llegar incluso a anquilosarse, constituyendo un estilo de vida, en el que se considera un balance más ventajoso quejarse que cambiar, porque la persona –como dicen Prochaska y Prochaska (1999), no puede o no sabe qué cambiar ni cómo hacerlo. Esta queja asume, con frecuencia, un carácter desesperado que busca implicar a las personas más próximas en un apoyo absorbente y un consuelo incondicional. Otras veces la queja va acompañada de resignación o acomodación a una situación insatisfactoria, que se puede prolongar, cronificándose, durante años, o incluso toda la vida.

La percepción por sí sola del sufrimiento no basta, pues, para que se produzca una demanda de ayuda para el cambio, aunque sólo sea el de actitud. De hecho todos los pacientes son conscientes de su sufrimiento, con lo que cumplirían la primera condición establecida por Fromm de acuerdo con las Cuatro Nobles Verdades de Buda para optar al cambio. Tal vez sea éste uno de los primeros objetivos de la terapia, el de convertir la queja en una demanda de ayuda para el cambio (Villegas, 1996, 2001). La consecución de este objetivo requiere el cumplimiento de la segunda de las condiciones que Fromm toma del conjunto de las Cuatro Nobles Verdades de Buda: “que la persona reconozca el origen de su malestar”.

Es lógico que en la mayoría de los casos los pacientes lleguen a psicoterapia sin una clara conciencia del origen de su malestar, tanto más si éste es de carácter claramente somático. Para muchos de ellos los síntomas aparecen de forma espontánea, súbita e inexplicable. Otras veces se atribuyen a un proceso acumulativo de experiencias estresantes o tal vez traumáticas. O bien son producto de alguna característica genética heredada biológica o temperamentalmente. En cualquier caso existe una notable dificultad en establecer una conexión entre el sufrimiento y su origen en una insuficiencia del sistema que apunta a una necesidad de

desarrollo, y que, por lo mismo, constituye una gran oportunidad de crecimiento y mejora.

La presencia inevitable del dolor en nuestra existencia, a pesar de los avances de la medicina (Kanner, 2005) continúa planteando la necesidad de aceptarlo y otorgarle un sentido (cfr. Bland y Henning en este mismo número monográfico). La aceptación es imprescindible para desprenderse del estado de incongruencia en que nos pone su negación. Otorgarle un sentido es crear un contexto donde las experiencias que antes eran contempladas como problemáticas se conviertan en oportunidades para el crecimiento personal.

El testimonio de Karl Jaspers (1883-1969), conocido filósofo y psiquiatra de la primera mitad del siglo XX, autor de un famoso tratado de Psicopatología General, es particularmente adecuado a este respecto. En su escrito autobiográfico “Entre el Destino y la Voluntad” (1967) relata su experiencia como enfermo crónico desde la infancia a causa de bronquioectasias, que le acompañaron hasta la muerte y que le impidieron no sólo llevar una vida normal como sus compañeros de escuela o de universidad, sino que le obligaron incluso a dejar su profesión como psiquiatra para dedicarse exclusivamente a la filosofía. Después de dejar constancia de la injusta discriminación que la sociedad hace respecto a las enfermedades agudas y las crónicas, volcando su atención sobre las primeras y relegando casi al olvido a las segundas, escribe la siguiente reflexión:

“Si la enfermedad es crónica, y por tanto un hecho insuperable en la propia existencia, la actitud ante la enfermedad oscila entre dos extremos. Puedo rehusar estar enfermo, oponerme a ello como algo totalmente extraño: Yo no soy eso, eso no me pertenece. Es una tendencia a eliminar la enfermedad, por más que eso sea imposible. Intentar vivir como si la enfermedad no existiera. O puedo identificar la enfermedad en su ineludible facticidad conmigo mismo, como realidad temporal: soy un enfermo; la enfermedad es un elemento constitutivo de mi esencia... Ambas posturas son, en su rigidez, falsas. Pero inevitablemente se tocan alguna vez ambos extremos en la lucha por la aceptación de la enfermedad. Esa aceptación es, en definitiva, una tarea insoluble... Esta tarea sólo puede acometerla el enfermo en un mundo que no le aniquila simplemente... Cada enfermedad es específica y cada caso de esa enfermedad recibe su carácter peculiar de la índole y de la libertad del individuo. A cada enfermo, en su situación y como ser único, se le ha confiado la tarea de encontrar con su enfermedad y en su mundo una forma de vida que ni pueda ser trazada para todos ni puede ser repetida idénticamente... Tiene que poder conseguir su puesto con sus posibilidades sanas en el ámbito de los sanos, como más sano aún que ellos. Pero esto sólo puede realizarse si existe un margen suficiente de libertad para llevar su propia vida. El modo cómo el enfermo encuentra su camino depende de las posibilidades que le ofrezca la época en que vive

y su situación social en ella. Que con modestia es posible en medio de todos los fallos un relativo éxito, está demostrado en muchos casos y, según creo, también en mi existencia”

El sucinto repaso a que hemos sometido hasta aquí la concepción a cerca del dolor, el sufrimiento y la muerte en las principales tradiciones filosóficas y religiosas nos ha permitido constatar cambios culturales importantes a través del tiempo, aunque no de modo globalmente sincrónico, que pueden resumirse en los siguientes pasos:

- a) de una concepción religiosa, ligada al castigo o a la prueba divina y a su posterior redención o liberación, a una concepción laica (científica o filosófica) del dolor, el sufrimiento y la muerte;
- b) de una concepción filosófica, ligada a su neutralización o comprensión en el ámbito de la totalidad atomista del universo, de carácter estoico o materialista, a una concepción científica ilustrada, particularmente en el ámbito de la medicina, que no cesa de avanzar hacia una promesa o fantasía de eterna juventud y completo bienestar.

El resultado de estos pasajes presenta un doble balance.

En el saldo positivo tenemos que anotar la superación del pensamiento mágico o supersticioso y los avances científicos en el tratamiento del dolor también en una doble vertiente: por un lado la eliminación de dolores subsidiarios de muchas enfermedades primarias que hoy son fácil y eficazmente tratables; por otro, los avances en el campo de la anestesiología, de los medicamentos analgésicos y de los tratamientos paliativos.

En el saldo negativo tenemos que contabilizar la disociación entre sufrimiento y muerte, en cuanto a condición humana general que ha producido un efecto de alienación iatrogénica del primero y de negación u ocultación de la segunda. La sociedad actual, sumergida en un ambiente de hedonismo, se ha vuelto intolerante al dolor, precisamente porque de su gestión se ha ocupado casi de modo exclusivo la medicina: el dolor ya no es de quien lo padece, sino de quien lo controla. Este control que resulta relativamente eficaz y satisfactorio para las situaciones de dolor agudo, se vuelve especialmente problemático para las situaciones de dolor crónico donde las expectativas de resolución, como hemos visto en los casos más arriba comentados, tienden a generar más bien frustración, desesperanza, pasividad y enajenación.

La realidad es que el dolor y el sufrimiento, que va reapareciendo constantemente en forma de nuevas patologías físicas y psíquicas, se muestra indisociable de la experiencia humana y que la tarea de aprender a vivir con él sigue siendo ineludible. Así, pues, independientemente de las convicciones religiosas o filosóficas de cada uno, el dolor ha sido y continuará siendo el principal motor de cambio de la humanidad. Tal vez algunas de las consideraciones sapienciales recogidas en este escrito, al margen de su procedencia, ayuden a mejorar nuestro enfrentamiento

al dolor y sacar de su experiencia alguna lección de vida, que ayude si no a eliminarlo o paliarlo, al menos a transformarlo.

En este artículo se repasan las principales tradiciones religiosas y filosóficas relativas a los temas de la muerte y el dolor. Entre ellas destacan en la antigüedad las tradiciones de carácter religioso como el Hinduismo y el Budismo, el Antiguo y Nuevo Testamento, así como las corrientes filosóficas surgidas del helenismo y el humanismo. La principal conclusión a que llegan todas ellas es que dado que muerte y sufrimiento son consubstanciales a la existencia humana, debemos aprender a aceptarlos y vivir con ellos.

Palabras clave: muerte, dolor, sufrimiento, religión, filosofía, psicoterapia

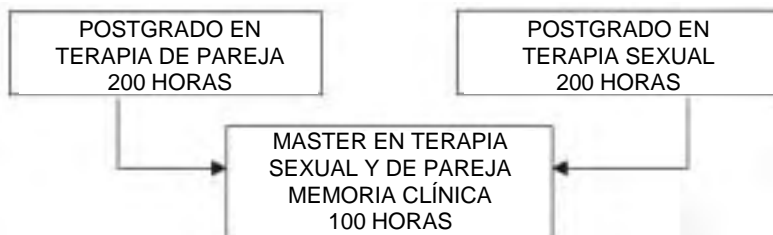
Referencias bibliográficas

- AURELIO, M. *Meditaciones*
- BAYÉS, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- CICERÓN, M. T. (45 a.C.) *Tusculanae Disputationes*
- COOMARASWAMY, A. (1994). *Buddha y el Evangelio del Budismo*. Barcelona: Paidós.
- DAVIS, D. & HOLLOON, S. D. (1999). Reframing resistance and noncompliance in Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9,33-55.
- EPICURO (2005). *Obras Completas*. Madrid: Cátedra.
- FERRY, L. (2007). *Aprender a vivir*. Madrid: Taurus.
- FREUD, S. (1926). *Jenseits des Lustprinzips. (Más allá del principio del placer)*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (1973 – III)
- FREUD, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst. (Inhibición, sintoma y angustia)*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva (1973 – III)
- FROMM, E. (1976). *To have or to be*. New York. Harper & Row
- HADDOT, P. (2006). *Ejercicios Espirituales y Filosofía Antigua*. Madrid: Siruela.
- JASPERS, K. (1967). *Schicksal und Wille. Autobiografische Schriften. (Entre el destino y la voluntad)* Munich: Piper Verlag.
- KANNER, R. (2005). *Secretos del tratamiento del dolor*. Barcelona: Edimar
- LONG, A. A. (2004). *La filosofía helenística*. Madrid: Alianza Editorial.
- MANCINI, F. (2001). La resistencia al cambio o la paradoja neurótica. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 5-16.
- MATURANA, H. (1996). Entrevista con Humberto Maturana (por José Hernández y Virtudes Ortega). *Síntesis psicológica*, 1, 6-11.
- MESTRES, M. A. (2007). *Hablemos de fibromialgia*. Barcelona. Cálamo
- MESTRES, M. A. (2007). El cuerpo grita hay que cambiar algo. En Víctor Amela, *La Contra*. (20.09.07). Barcelona: La Vanguardia
- MIRÓ, J (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MOIX, J. (2006). *Cara a cara con tu dolor. Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico*. Barcelona: Paidós.
- MONTAIGNE, M. de (2007). *Assaigs, Vols. I i II*. Barcelona: Proa
- PANIKKAR, R. (2003). *Iniziazione ai Veda*. Bergamo: Servitium

- PERLS, F. (1975). *Dentro y fuera del tarro de basura*. Santiago: Cuatro Vientos.
- PROCHASKA, J. O. & PROCHASKA, J. M. (1999). Why don't continents move?. Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102
- SÉNECA, L. A. (2006). *Diálogos*. Madrid: Tecnos.
- TUCKER, L. (2004). *Cuando quieres decir Si, pero tu cuerpo dice No*. Barcelona: Urano
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78.
- VILLEGAS, M (1998). Mesa redonda cibernética: análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia según las diferentes orientaciones en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 36, 63-90.
- VILLEGAS, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó. *Revista de Psicoterapia*, 46-47, 73-118
- VILLEGAS, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64,
- WORDEN, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
BIENNIO 2005-2007
4ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos: Laura Contino

Lcontino@ub.edu

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

BUSCANDO SENTIDO AL DOLOR CRÓNICO: LA DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN.

Earl D. Bland y Douglas D. Henning
Mid America Nazarene University

Those who treat individuals with chronic pain are aware of the pervasive and often devastating affect this pain can have on individual lives including shaking the very foundations of a person's being. Crises of meaning (defined by the authors as questions involving why and how) are frequent for people with chronic pain as they try to make sense of their lives in the face of significant challenges to functional abilities and comfort. Along with physical impairment chronic pain engenders a host of emotional, cognitive, spiritual, relational, and socioeconomic problems. While these difficulties seem insurmountable, perhaps the greatest challenge underlying these struggles is construing a new or modified worldview that includes the inescapability of pain. Reorienting one's expectations, self-perception, and future possibilities is often a slow and arduous journey. This paper proposes that acceptance is a dynamic process catalyst whereby people with chronic pain incorporate new meanings of self, others and the world. Not only does acceptance promote positive adjustment and well-being, it stimulates hope, optimism, and self-efficacy in spite of troublesome realities.

SIGNIFICADO DEL DOLOR CRÓNICO: LA DINÁMICA DE LA ACEPTACIÓN.

El dolor es un fenómeno humano omnipresente. Las estimaciones actuales sitúan el número de americanos que sufren dolor crónico con discapacidad parcial o total en aproximadamente 50 millones. Las estadísticas de citas médicas de americanos que piden asistencia para dolor crónico o agudo deben estar alrededor de los 100 millones visitas anuales (Eimer & Freeman, 1998; Garofalo, & Polatin, 1999) e internacionalmente (Linton, 1998). Además, el dolor crónico afecta la productividad de los trabajadores (Feurstien, Huang, Pransky, 1999; Helliwell, Mumford & Wright, 1992; & Fishbain, Cutler, Rosomoff, Khalil & Steele-Rosomoff, 1997) las relaciones familiares (Kerns & Payne, 1996), y, en general, el bienestar psicológico y social del individuo (Gatchel & Turk, 1999; Eimer & Freeman, 1998). El filósofo y teólogo C.S. Lewis (1962) observó “las criaturas causan dolor al nacer y viven infligiendo dolor, y la mayoría mueren con dolor” (p.14)

Independientemente de la fuente de dolor, éste es un fenómeno que tiene un impacto sobre toda la persona. Las aproximaciones biopsicosociológicas que tratan problemas médicos y psicológicos han demostrado que una percepción dual rígida de cuerpo-mente es errónea e insuficiente para la comprensión de los seres humanos (Turk & Flor, 1999). Tanto la medicina como la psicología han adoptado la noción que el dolor físico (u otras patologías médicas) pueden tener consecuencias psicológicas devastadoras (Eimer & Freeman, 1998). Merskey & Bogduk (1994) reconocieron este atributo sistémico del dolor en la siguiente definición, ampliamente aceptada: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño en la fibra real o potencial, o descrita en términos de tales daños” (p.210).

Como extensión de la visión biopsicosocial del dolor, este artículo tratará sobre cómo interactúan dos procesos, la formación de significados y la aceptación, en el proceso del manejo del dolor. Hay mucha literatura que documenta el impacto positivo de las intervenciones psicosociales sobre el manejo del dolor crónico pero la mayoría se ha centrado en intervenciones cognitivas o conductuales específicas (Gatchel & Turk, 1996; Gatchel & Turk, 1999; Eimer & Freeman, 1998, Fordyce, 1976, 1988).

Las conductas para el manejo del dolor, el tratamiento de secuelas emocionales tales como la depresión y la ansiedad, el aumento de momentos en los que se sobrelleva positivamente el dolor, y la aplicación de los beneficios positivos de la biorretroalimentación, la relajación, y la hipnosis, han demostrado que hay esperanzas. En cambio, la discusión directa sobre el significado y la aceptación han sido poco exploradas (McCracken, 1998, McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999; Morris, 1999). Creemos que “la construcción de significados” y especialmente, el proceso de aceptación, es un aspecto crucial del manejo activo del dolor. Aún así, raras veces tratamos específicamente el significado, eso en el caso de que lo hayamos siquiera reconocido. Nuestra meta es destacar la función de la aceptación tal como se relaciona con el hallazgo de significado positivo para aquellos que sufren dolor crónico. Primero, se esbozará la perspectiva biopsicosocial del manejo del dolor seguido del papel que desempeña la *creación de significado* en el manejo del dolor. Para acabar se tratará el proceso de aceptación y la forma en que actúa como un catalizador para los significados saludables.

El contexto biopsicosocial.

El individuo medio tiende a mantener el *modelo bio-médico* de la enfermedad: si alguien está enfermo debe haber una condición biológica observable que cause la enfermedad o el malestar. Una expectativa relacionada con esta concepción es que una vez la condición particular haya sido tratada, y se haya proporcionado el tiempo necesario para la curación, los síntomas del malestar o la enfermedad se calmarán. Por tanto, se asume una función causa-curación lineal única. Un corolario

implica el proceso de diagnóstico que incluya la planificación del etiquetaje y el tratamiento. A pesar de que el diagnóstico tiene un mérito evidente, muchos debates se han centrado en los problemas asociados a su proceso desde la segunda mitad del siglo XX (Szasz, 1997; Fordyce, 1976).

Fordyce (1976), en su trabajo con pacientes con dolor crónico, ha acentuado el poder del diagnóstico así como de la experiencia subjetiva del paciente para dar forma y mantener el comportamiento sintomático de las condiciones crónicas. A lo largo de los últimos 30 años un modelo de aprendizaje social sobre el papel que juegan los síntomas en las condiciones crónicas ha obtenido un apoyo exponencial en el campo del manejo conductual del dolor. Este modelo tiene en cuenta una variedad de factores causales, concurrentes y correlacionados que forman un grupo de síntomas crónicos, incluidos los eventos sociales y psicosociales, así como los orígenes biológicos. Concretamente, esto nos ha conducido al *modelo biopsicosocial* del dolor crónico. Cada área tiene un impacto mayor o menor, sobre el mantenimiento, la exageración y el alivio de los síntomas, y por tanto debe ser abordada para que la intervención sea integral y exitosa.

Los teóricos y prácticos trazan distinciones claras entre el *dolor* y el *sufrimiento*. El sufrimiento es

“Una respuesta afectiva o emocional en el sistema nervioso central, que se dispara por nocicepción (1) u otros eventos aversivos, tales como la pérdida de un ser querido, miedo o amenaza. Más aún, se observa el sufrimiento sólo desde el sentido indirecto de la persona que empieza una conducta (evitando una actividad específica que hace peor el dolor) que se atribuye al sufrimiento”. (p.278)

Tales experiencias como el disconfort físico, las limitaciones funcionales, y la discapacidad social sirven para validar la presencia del dolor y la enfermedad (por ejemplo, dar *significado* a la experiencia del dolor). Por tanto, una mayor atención al tratamiento implica el rol que juega el sufrimiento/enfermedad en la vida diaria del individuo.

En condiciones agudas el dolor y sufrimiento a menudo van a la par y pueden ser incluso adaptativas, si el sufrimiento permite que se dé una curación adecuada. Sin embargo, en las condiciones crónicas el dolor se convierte en una parte más permanente en la vida del individuo. Si el tratamiento puede reducir el grado de *sufrimiento*, aunque la intensidad del dolor siga siendo la misma, el grado de angustia que uno experimenta puede decrecer significativamente, y por tanto, aumentar el grado de funcionalidad. En otras palabras “se están haciendo esfuerzos para ayudar a los pacientes a reconocer que *el dolor y el daño no son lo mismo*”. El hecho de que a uno le duela al moverse no *significa* necesariamente (cursiva del autor) que la curación no se haya dado o que la herida residual esté presente” (Fordyce, 1988, p. 282). Estos modelos establecen el escenario para discutir el rol que juega el *significado* en las condiciones de dolor crónico. Por ejemplo, el grado

de sufrimiento que uno experimenta es a menudo una manera de validar la extensión de la herida, o una manera de dar *sentido* y significado a la herida o la pérdida.

El dolor y la crisis de sentido

Cuando las situaciones vitales dejan de corresponderse a la experiencia ideal o esperada, el dolor y malestar emocional son a menudo el resultado. La cantidad de malestar experimentado es a menudo directamente proporcional al grado de diferencia entre el actual y el ideal. Algunos teóricos atribuyen una considerable responsabilidad para el dolor/malestar emocional al grado de incongruencia entre estas dos perspectivas – quién uno piensa que es, versus quién uno cree que debería ser (Rogers, 1942 & Frankl, 1984). De hecho, la meta primera de Rogers en la terapia es ayudar al individuo a reconciliar la relación incongruente entre el *self percibido* y el *self ideal* (Corey, 1996). Asimismo, la *crisis existencial* de Frankl, siendo incapaz de *existir* en el momento (como quién uno es en ese momento) deberá resolverse a fin de experimentar auto-aceptación.

Hasta cierto punto esta incongruencia parece ser una experiencia universal entre los individuos con dolor crónico, y es a menudo secundaria, particularmente en las culturas occidentales, a la expectativa “todo dolor o enfermedad puede y debe ser reparado”. Así, todo lo que no implique una mejora total del dolor se percibe como un fracaso. Cuando un individuo se encuentra en esta condición que no encaja con sus expectativas –dolor severo e incapacidad- se experimenta una crisis.

Esta crisis, relacionada con el significado y el dolor crónico, a menudo se magnifica cuando *el afrontar la enfermedad incurable, o la aceptación de la propia mortalidad* de uno, ocurre a una edad muy temprana – fuera de lo esperado en la secuencia de desarrollo habitual. Por ejemplo, ajustarse a los procesos normales de envejecimiento, tales como tener más dificultad de moverse de una posición de estar sentado a otra de ponerse de pie por tener las articulaciones más rígidas, artritis suave, y niveles relativamente normales de dolor puede ser difícil para individuos dentro del *rango joven-anciano* –de 60 a 75 años-. Es bastante diferente para alguien que tiene 30 años experimentar dificultades para moverse. El incremento de la dificultad para manejarse se debe en gran parte al hecho de que estas condiciones están ocurriendo antes de lo esperado- las condiciones han ocurrido fuera de la secuencia de desarrollo.

Resumiendo, para los individuos tratados en clínicas de tratamiento del dolor hay una gran probabilidad que además del dolor experimenten varios niveles de malestar emocional-depresión, ansiedad, y una sensación de desesperanza. Este malestar emocional está relacionado, en parte con una *crisis de significado*. Por tanto, las perspectivas humanistas y existenciales mencionadas anteriormente (Corey, 1996) ayudan bastante a apoyar a los individuos para aprender cómo manejarse y verse a sí mismos como un todo, como individuos completos, al margen del dolor, que se ha convertido en una parte central de sus vidas.

Aceptación

El ejercicio de encontrar y generar significado parece ser un aspecto fundamental en la existencia humana. Damos origen a los significados espontáneamente, Cuando los eventos tienen sentido no somos conscientes del proceso de crear significado. Una persona que se queja de dolor agudo justo después de un accidente de coche grave no se pregunta por el sentido del accidente. Esperamos que la víctima de un accidente esté sufriendo. Sin embargo, tal como hemos mencionado antes, cuando el dolor aparece sin traumatismo y sin corroborar algún tipo de diagnóstico médico, cuando la fuente de dolor es un misterio, o cuando el dolor persiste mucho después del ciclo normal de curación, la habilidad para formar significados adecuados se vuelve esquiva.

Es en este punto de la *crisis de significado* en el que el proceso de aceptación se vuelve crítico para aquellos que sufren de enfermedades de dolor persistentes. *La aceptación*, una palabra común pero difícil de definir, puede evocar a menudo una pluralidad de respuestas emocionales dependiendo de la situación, o evento que requiera ser aceptado. La aceptación de un regalo puede generar alegría o entusiasmo, mientras que el tratar de aceptar la muerte de un ser querido puede generar resistencia, tristeza, furia o miedo. Hay una diferencia entre aceptar las circunstancias o eventos positivos y aceptar aquello que se percibe como negativo o indeseable.

Hayes (1994) define aceptación como “el experimentar los eventos plenamente sin defensa, tal como son y no como se dice que son” (p.30). Hayes cree que el contexto es vital para comprender la naturaleza y el proceso de aceptación. Mientras que a menudo se dedica la energía a cambiar el *contenido* de los problemas de las personas por ejemplo alterar pensamientos, sentimientos, comportamientos, actitudes o memoria), Hayes cree que cambiar el contexto de los problemas psicológicos es igual de importante. Él contempla la aceptación como una estrategia que completa la manipulación y el afrontamiento. Hayes habla sobre la interacción del significado y la aceptación.

El significado de los eventos psicológicos se encuentra en la relación entre esos eventos y su contexto psicológico... los eventos psicológicos en otro contexto no son ‘los mismos eventos psicológicos’. Al establecer una postura de aceptación psicológica, los eventos que antes eran contemplados como problemáticos se convierten en oportunidades para el crecimiento, el interés, o comprensión (p.13).

Recientemente, los investigadores han estudiado la aceptación tal como se relaciona con el dolor crónico (Geiser, 1992; McCracken et al, 1999; Large & Strong, 1997).

McCracken *et al.* (1999) han tratado de definir la aceptación operacionalmente como “reconocer el dolor de uno, dejar cualquier intento no productivo de controlar el dolor, actuando como si el dolor no implicase una discapacidad, y ser capaz de comprometer los esfuerzos de uno hacia una vida satisfactoria a pesar del dolor”

(p.284) Esta definición habla no sólo de los eventos cognitivos sino también de las operaciones psicosociales. Además, la definición de McCracken implica acción, que de acuerdo con Dougher (1994) es importante a la hora de entender el proceso de aceptación. Dougher sostiene que “la aceptación es algo que uno lleva a cabo” (p.37). Otros componentes de la aceptación incluyen el abandono de la evitación, la asimilación del evento, y dejar los esfuerzos disfuncionales para el cambio (Hayes, Strothal & Wilson, 1999). Hayes *et al.*, (1999) pasa a proponer que la aceptación es un proceso activo donde uno admite sus sentimientos, pensamientos y memorias sin quedar atrapado en verbalizaciones ni interpretaciones negativas de esos eventos.

La aceptación es un fenómeno complejo multinivel mejor entendido como un proceso en desarrollo que conduce a nuevos significados. A continuación hay tres componentes del proceso de aceptación: el control, la regulación de las emociones, y la estructuración del comportamiento cognitivo. Después de su breve descripción hablaremos de la integración de la formación de significados y su relación con la aceptación.

Control

El mayor malestar que experimentan las personas con dolor crónico se relaciona con la pérdida de control personal. Algunos estudios han demostrado que la percepción que tiene la persona sobre su habilidad para controlar el dolor contribuye en gran manera en las consecuencias psicológicas positivas o negativas secundarias al dolor (Turk, Okifuji & Scharff, 1995; Rudy, Kerns & Turk, 1988; Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991). El típico error de percepción es que cualquier cosa a excepción de una completa mejoría de los síntomas se percibe como una falta de control. La incapacidad para escapar del estímulo nocivo particularmente después de múltiples visitas al médico, de procedimientos quirúrgicos y de tratamientos farmacológicos deja a uno en un estado perplejo de desesperanza e impotencia.

Depresión, ansiedad, furia, desesperanza e impotencia acompañan el dolor porque uno no puede escapar del tormento. Además, cuando uno no puede escapar al dolor, las definiciones del *self* deben ser replanteadas para incorporar aquello que es indeseable y frecuentemente odiado. El dolor no solo amenaza a la integridad biológica del *self*, sino que todas las otras definiciones del *self*, por ejemplo social, psicológico, espiritual, requieren una revisión. El dolor persistente a menudo implica sensaciones corporales descontroladas, contacto social deteriorado, inestabilidad económica, y alteraciones en la percepción del propio mundo. Dirigir la propia vida se vuelve más y más difícil a medida que la persona con dolor persistente lucha por acomodarse al estrés de tanta inestabilidad. Este acomodarse puede ser un proceso extremadamente difícil y emocionalmente desgarrador marcado por los esfuerzos continuos de reinstaurar el tan deseado modo de vida *normal*.

Hayes (1994) cree que tratar de cambiar situaciones que son inherentemente inamovibles no conduce a nada y que la aceptación es el único curso de acción razonable. Por tanto, ya que es cierto que algunos dolores son intratables o que los efectos secundarios para lograr la ausencia de dolor son inaceptables (por ejemplo anestesia total), entonces parece que la aceptación forma parte de un enfoque racional. Las personas con dolor persistente deben adaptarse a una definición del self y una visión del mundo que incorpore las nuevas limitaciones en su habilidad para controlar directamente el self y su entorno. Además, estos pacientes pueden necesitar progresar desde un contexto dominante control/huida, hacia un contexto de aceptación donde como mínimo, la persona sea capaz de operar eficazmente dentro de sus limitaciones aprendiendo a controlar su reacción al dolor.

Regulación emocional

De acuerdo con la disminución de la sensación de control ante las condiciones de dolor crónico está el desorden emocional que influye sobre la mayor parte del mundo del paciente. Aunque hay bastantes emociones diversas generadas por el dolor persistente aparece que la depresión, la ansiedad y la furia (o derivados como tristeza, la pena, el miedo, la frustración, la irritabilidad, etc.) son las más significativas. Banks y Kerns (1996) sostienen la hipótesis que los altos índices de depresión en personas que viven con dolor crónico se pueden explicar al observar no sólo el síntoma del dolor, sino también en el nivel de discapacidad e invalidez, el nivel de perjuicios secundarios, por ejemplo económicos, sociales, laborales, en el ocio, autoestima, y los problemas generales que implica el trabajar con el sistema médico como estresores adicionales para la persona con dolor crónico.

Junto con la fuente de emociones negativas, se debe considerar la importancia del entorno o contexto emocional en el que el dolor crónico se halla instaurado (Eccleston & Crombez, 1999). La presencia de contextos emocionales positivos o negativos pueden tener una incidencia sobre la demanda atencional que implica el dolor para un individuo dado. La persona que experimenta dolor crónico en un entorno libre de gravámenes con un estrés ambiental bajo probablemente afrontará las dificultades de manera diferente a aquella persona cuyo dolor crónico no es más que un estresor más dentro de una situación vital llena de eventos estresantes.

Así, si uno debe desplazarse hacia un punto de aceptación y significado positivo con respecto al dolor persistente, se tendrán que trabajar los estados emocionales. *¿Cómo puedo valer la pena si no trabajo? Nadie quiere estar cerca de una persona que siempre está sufriendo. ¿Por qué no me curo? ¿Me está castigando Dios?* Estas y otras cuestiones parecidas están cargadas de emociones negativas tales como la tristeza, la depresión, el rechazo y la frustración. El proceso de aceptación requiere que uno reconozca sus emociones sin caer en la espiral de las interpretaciones o significados negativos. Además, a través de la aceptación y del descubrimiento de los significados nuevos, uno debe dirigir las estructuras

cognitivas que ayudan a mantener las emociones negativas relativas a las circunstancias vitales actuales.

Estructuración del comportamiento cognitivo

Los aspectos cognitivos del dolor crónico están basados en la idea que la información sensorial, incluyendo el dolor, está mediada cognitivamente a medida que llega a la conciencia intencional (Fordyce, 1976,1988; Gatvchel & Turk, 1996, 1999; Eimer & Freeman, 1998). Este procesamiento cognitivo del dolor conduce a gran número de interpretaciones, significados, creencias, actitudes y secuelas emocionales y está influido significativamente por las estructuras o esquemas cognitivos preexistentes tales como el contexto histórico y actual, la intensidad y novedad del dolor, las experiencias previas y el aprendizaje (Chapman, Nakamura & Flores, 1999; Eccleston & Crombez, 1999).

El significado atribuido dentro del contexto del dolor *crónico* (por ejemplo, el dolor como peligro, aviso o amenaza) es esencialmente un proceso cognitivo sobreaprendido que tiene un impacto sobre el contexto de las estructuras del dolor crónico, es decir, sobre la auto-percepción, la identidad del self, y la regulación emocional. Chapman et al. (1999) sostienen que este proceso de *formación de significado* es inherentemente una construcción, que puede observarse en las distintas historias y percepciones que las personas con dolor persistente sostienen. Cada historia, aunque similar, conlleva su sabor único que puede cambiar de forma dramática en función de la experiencia actual del dolor dentro del contexto psicosocial. La construcción de significados es un fenómeno dinámico que permite al individuo construir y reconstruir la experiencia subjetiva.

Esta perspectiva constructivista es útil porque ayuda a dar forma a nuestro debate en dos áreas importantes: las distorsiones cognitivas y los aspectos cognitivos de la aceptación. Primero, el dolor persistente puede producir múltiples distorsiones cognitivas (Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Shutty, Degood, & Tuttle, 1990; Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Tripp, 1999). El dolor y las emociones relacionadas con él contribuyen a la distorsión del self, de los otros, de los eventos pasados, y de los futuros. Los conceptos tales como la visión catastrófica, la sobre-generalización, la indefensión aprendida y otros errores de pensamiento ayudan a entender el pensamiento vital de los pacientes con dolor. Se cree que el cambio en estos patrones destructivos de pensamiento puede ser un componente crucial de afrontamiento saludable y por tanto un foco de tratamiento psicológico. Si uno desea a verse a sí mismo y al dolor de forma más productiva, debe aceptar y cambiar su percepción del dolor.

Por tanto, la aceptación se convierte en un *proceso catalizador* dinámico que ayuda a la persona a desplazarse de las interpretaciones negativas del self, de los otros y del futuro, hacia unas percepciones que tienen un significado positivo. A medida que las personas con dolor persistente incrementan su grado de aceptación,

a menudo, difuminan el poder que tenían las distorsiones cognitivas y las creencias negativas, y empiezan a considerar significados alternativos sobre su condición presente. Por ejemplo, a medida que el paciente con dolor persistente empieza el proceso de aceptación ‘este se mueve de las auto-afirmaciones negativas, *soy inútil por mi dolor*; a afirmaciones que permiten que surjan nuevos significados, *¿qué puedo hacer a pesar de mi dolor?* Dado que las condiciones de dolor persistente frecuentemente interrumpen muchas facetas de la vida, la aceptación de estas interrupciones difumina la necesidad de escapar a lo inescapable y permite explorar nuevas alternativas de significado u opciones relativas a la identidad propia, las relaciones con otros y los proyectos futuros. Si los nuevos significados son la meta última, la aceptación es el ímpetu que permite y anima a que estos nuevos significados se desarrollen.

El concepto de aceptación también ayuda a aclarar cómo la persona cambia sus acciones, reduciendo la función de los *comportamientos de dolor*. Las conductas de dolor son acciones que comunican discapacidad e incomodidad por ejemplo gestos de estremecimiento, cojeras, actividad disminuida) y han demostrado jugar un papel significativo en la reducción del nivel de funcionamiento individual y en la exacerbación de la condición del dolor (Fordyce, 1976). En las condiciones crónicas de dolor, donde el dolor es ineludible y la función de alerta del dolor ha perdido mucha de su relevancia, los nuevos significados deben desarrollarse para permitir que uno funcione de la forma más óptima posible. La aceptación de que uno debe tolerar un cierto grado de dolor durante las actividades vitales reduce la ansiedad que rodea el dolor e incrementa el funcionamiento. A pesar de que los pacientes con dolor crónico pueden necesitar operar dentro de ciertos parámetros comportamentales, (por ejemplo permitiendo más tiempo para acabar las tareas, tomando descansos, tomar juiciosamente medicamentos para el dolor de corta duración), aún son capaces de participar en la vida. La aceptación permite que los pacientes encuentren significados positivos en sus acciones en tanto que dejan gradualmente de focalizarse en sus limitaciones y pasan a centrarse en lo que es posible.

Significados y aceptación

Si, tal como se ha propuesto, la aceptación del dolor persistente no es un evento pasivo ni singular sino que es un complejo empeño que implica reorganizaciones emocionales, cognitivas y comportamentales, es lógico que *la construcción de significado* sea en consecuencia un corolario evolutivo. Los nuevos significados del self, de los otros, de los eventos pasados, y del futuro incluyen nuevas autodefiniciones, que implican percepciones de género y roles vitales, capacidades comportamentales, conexiones sociales y aprehensiones espirituales.

La aceptación y el desarrollo de nuevos significados más manejables actúan sinérgicamente moviendo al individuo hacia una mayor funcionalidad y mayor salud.

Recordando a Hayes (1994) que señaló un replanteamiento sobre los contextos de cambio, el esquema de aceptación permite a las personas con dolor crónico y a las personas que les ayudan en sus cuidados a equilibrar los esfuerzos para aliviar el dolor al explorar de forma realista en qué grado la incomodidad y el dolor no serán mejorados. Cuando los esfuerzos biomédicos para detener el dolor no son eficaces, los pacientes deben ser retirados de esta exploración agobiante en busca de la *cura*, que implica interminables derivaciones, pruebas de medicación y procedimientos quirúrgicos. No se debería dejar a estos pacientes con la conclusión simple y lineal de que *no hay nada más que hacer, simplemente tendrán que vivir con ello*. Utilizar nuestros mejores esfuerzos para reducir el dolor y proporcionar estrategias claras que animen a la aceptación del dolor restará a los pacientes a encontrar nuevos significados y una nueva visión del mundo que permita que el dolor persistente sea sólo una parte de una vida sana y productiva.

*Quienes tratan con individuos con dolor crónico son conscientes de los efectos omnipresentes y a menudo devastadores que puede tener este dolor sobre las vidas de los individuos que puede incluso llegar a sacudir los fundamentos del propio ser. Las crisis de sentido (definidas por los autores como aquellas preguntas que implican el porqué y el cómo) son frecuentes en personas con dolor crónico, al intentar dar sentido a sus vidas frente a los considerables retos para lograr habilidades funcionales y confort. Junto con impedimentos físicos, del dolor crónico brota una gran cantidad de problemas emocionales, cognitivos, espirituales, relacionales y socioeconómicos. En tanto que estas dificultades parecen insalvables, quizás el reto mayor subyacente a éstas es la construcción de una cosmovisión nueva o modificada que incluya la **inexorabilidad** del dolor. La reorientación de las propias expectativas, de la auto-percepción, y de las posibilidades de futuro es a menudo un camino lento y arduo. Este artículo propone que la aceptación es un proceso catalizador dinámico a través del cual las personas con dolor crónico incorporan nuevos significados del self los otros y del mundo. La aceptación no sólo promueve un ajuste positivo y bienestar, sino que además estimula la esperanza, el optimismo y la auto-eficacia, a pesar de las realidades problemáticas*

Notas del Autor

Nocicepcion- una energía mecánica, térmica o química que incide en una terminación nerviosa especializada que a su vez activa fibras (específicas) que inician una señal hacia el sistema nervioso central de que están ocurriendo eventos aversivos.

Nota de la Redacción

Agradecemos a los autores el permiso para su publicación

Referencias Bibliográficas

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. (1995). Pain. In T.C. Doege, & T.P. Houston (Eds.), *Guides to the evaluation of permanent impairment* (4th ed.) Chicago: Author.
- BANKS, S.M. & KERNS, R. D. (1996) Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-110.
- CHAPMAN, C.R., NAKAMURA, Y., & FLORES, L.Y. (1999). Chronic pain and consciousness: A constructivist perspective. In R.J Gatchel & D.C. Turk (Eds.) *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.35-55). New York: Guilford Press.
- COREY, G. (1996) *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th edition). Brooks Cole Publishing Co.
- DOUGHER, M.J. (1994). The act of acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.37-45). Reno, NV: Context Press.
- ECCLESTON, C. & CROMBEZ, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366.
- EIMER, B.N., & FREEMAN, A. (1998) *Pain management psychotherapy: A practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
- FEUERSTEIN, M., HUANG, G.D., & PRANSKY, G. (1999). Workstyle and work-related upper extremity disorders. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.175-192). New York: Guilford.
- FISHBAIN, D.A, CUTLER, R.B., ROSOMOFF, H.L., KHALIL, T., & STEELE-ROSOMOFF, R. (1997). Impact of chronic pain patients' job perception variables on actual return to work. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 197-206.
- FORDYCE, W. E. (1988) Pain and suffering: A reappraisal. *American Psychologist*, 43 (4), 276-283.
- FORDYCE, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO C.V. Mosby.
- FRANKL, V. (1984). *Man's Search for Meaning* (Rev. ed.). New York: Washington Square Press, Pocket Books.
- GAROFALO, J.P., & POLATIN, P. (1999). Low back pain: An epidemic in industrialized countries. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.164-174). New York: Guilford.
- GATCHEL, R.J., & TURK, D.C. (Eds.). (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook*. New York: Guilford
- GATCHEL, R.J. & TURK, D.C. (1999). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. (Eds) New York: Guilford Press.
- GEISER, D.S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno.
- HAYES, S.C. (1994) Content, context, and the types of psychological acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.13-32). Reno, NV: Context Press.
- HAYES, S.C., STOSAHL, K.D., & WILSON, K.G. (1999) *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- HELLIWELL, P.S., MUMFORD, D.B., SMEATHERS, J.E., & WRIGHT, V. (1992) Work related upper limb disorder: The relationship between pain, cumulative load, disability, and psychological factors. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51, 1325-1329.
- JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M., & KAROLY, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-483.
- JENSEN, M.P., ROMANO, J.M., TURNER, J.A., GOOD, A.B., & WALD, L.H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioral model of chronic pain. *Pain*, 81, 95-104.
- KERNS, R.D., & PAYNE, A. (1996) Treating families of chronic pain patients. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioners handbook* (pp.283-304). New York: Guilford
- LARGE, R. & STRONG, J. (1997). The personal constructs of coping with chronic low back pain: is coping a necessary evil? *Pain*, 73, 245-252.
- LEWIS, C.S. (1962) *The problem of pain*. New York: MacMillan Publishing Company.
- LINTON, S.J. (1998). The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefitting? *Pain*, 75, 163-168.

- MCCRACKEN, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- MCCRACKEN, L.M., SPERTUS, I.L., JANECK, A.S., SINCLAIR, D., & WETZEL, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*, 283-289.
- MERSKEY, H., & BOGDUK, N. (Eds.). (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2nd ed., p.210). Seattle, WA: IASP Press.
- MORRIS, D.B. (1999) Sociocultural and religious meanings of pain. In R. J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.118-131). New York : Guilford
- ROGERS, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. The Riverside Press, Cambridge, Massachusetts.
- RUDY, T.E., KERNS, R.D., & TURK, D.C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model, *Pain, 35*, 129-140.
- SHUTTY, M.S., DEGOOD, D.E., & TUTTLE, D.H. (1990). Chronic pain patients' beliefs about their pain and treatment outcomes. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 71*, 128-132.
- SULLIVAN, J.L., STANISH, W., WAITE, H., SULLIVAN, M., & TRIPP, D.A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft tissue injuries. *Pain, 77*, 253-260.
- STROUD, M.W., THORN, B.E., JENSEN, M.P., & BOOTHBY, J.L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain, 84*, 347-352.
- SZASZ, T. S. (1997). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (Reprint ed.). New York: Syracuse University Press. (Original work published 1970).
- TURK, D.C., OKIFUGI, A., & SCHARFF, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain, 61*, 93-101.
- TURK, D. C. (1996) Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R.J. Catchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A practitioner's Handbook* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- TURK, D.C. & FLOR, H. (1999) Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R.J Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp.18-34). New York: Guilford Press.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS MODULADORES DEL DOLOR CRÓNICO BENIGNO

Jenny Moix Queraltó

Facultad de Psicología.

Edificio B. Campus de la UAB. 08193 Bellaterra (Barcelona)

jenny.moix@uab.es

A growing body of studies stresses the importance of psychological factors in the pain process. The Lazarus stress model has been transferred to the chronic pain field to study these factors. This model suggests that when there is a potentially stressful event, anxiety levels depend on the cognitive evaluation of pain stimulus and the strategies used to cope with it. Psychological pain factors which have recently appeared in the literature are analysed from the perspective of the Lazarus model. In the second part, interdisciplinary techniques used in the chronic pain field are described. Finally, health workers are encouraged to use the Lazarus model as a guide for the design of future chronic pain therapies.

Key words: Chronic pain, Lazarus model, cognitive evaluation, coping strategies, interdisciplinary therapy.

Introducción

El dolor crónico es un trastorno que padecen millones de personas en todo el mundo. Concretamente en España, el 23.4% de la población sufre este trastorno (Català, 2002).

El dolor es sólo uno de los muchos motivos de sufrimiento que viven estas personas dado que el dolor no va solo, sino que trae consigo oscuros sentimientos y emociones. Una dolencia, en principio física, se convierte en psicológica e incluso social dado que el dolor se extiende afectando a las personas más próximas: pareja, familia, amigos...

La repercusión del dolor puede incluso llegar al ámbito económico. En un estudio realizado en España en el que se entrevistaron 2998 personas, se pudo comprobar que el dolor crónico no sólo provoca incapacidad y merma la calidad de vida, sino que ocasiona un importante número de visitas médicas, incapacidad

laboral y consumo de medicamentos, consecuencias que tienen una clara incidencia a nivel monetario (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001).

Como vemos, el dolor parece no tener unos límites claros, así pues para acotar este concepto, el primer paso deberá consistir en definirlo.

¿Cómo podemos definir el dolor?

La manera como se define un trastorno es determinante, dado que según sea la definición, la problemática se analizará desde una perspectiva u otra, incidiendo, en último término, en la forma en la que se tratará. La definición de dolor ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, lo que ha traído consigo un cambio en la forma de estudiarlo y tratarlo.

Las primeras definiciones de dolor que podemos encontrar tienen un carácter marcadamente físico. En ellas se contempla el dolor como una sensación que responde directamente a un daño o agresión tisular. La sensación, en este caso, sería proporcional al daño. Cuanto mayor es la herida, mayor es el dolor. Sino hay herida, no hay dolor y, por consiguiente, si no hay dolor, no hay herida.

Actualmente, la definición del dolor es mucho más amplia, más “psicológica”. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Cf. González, 1999) lo describe como «Una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial». La palabra “emocional” convierte al dolor no sólo en una experiencia fisiológica sino también psicológica, mientras el vocablo “potencial” sugiere que se puede experimentar dolor sin que exista una lesión real. La inclusión de estos dos términos permitiría hablar de dolor en personas en las que no se detecta causa física.

Desafortunadamente, aunque los profesionales que trabajan en dolor suelen “teóricamente” creer en esta visión más amplia –esto es, lo consideran como un fenómeno biopsicosocial–, en realidad, la gran mayoría de ellos utiliza técnicas terapéuticas exclusivamente basadas en principios biomédicos (Thunberg, Carlsson y Hallberg, 2001). De ahí la necesidad no sólo de analizar los factores psicológicos y sociales implicados en dolor, sino sobre todo de proponer técnicas terapéuticas que se deriven de estos análisis.

¿Cuándo el dolor pasa a considerarse crónico? ¿Qué tipos de dolor crónico existen?

Un dolor que persista durante más de 3 meses se considera dolor crónico. Dentro del dolor crónico podemos clasificar dos tipos de dolor: maligno y benigno.

El dolor maligno es el que indica que existe un deterioro progresivo en nuestro organismo. El ejemplo más claro sería el dolor oncológico.

El dolor benigno también lo podríamos etiquetar como dolor inútil ya que no “avisa” de ningún deterioro. En muchos casos, se trata de un dolor con causa orgánica que, una vez desaparecida, todavía persiste. Incluidos en esta clase de dolor, podemos encontrar diferentes tipos: cefaleas, fibromialgia, dolor lumbar,

neuropatías, etc. Dentro del dolor benigno, en algunos casos, podemos oír el término de dolor psicógeno para referirse a que la causa es enteramente psicológica. El dolor psicógeno es poco frecuente. De hecho, no creemos que la etiqueta de “psicógeno” sea correcta. Al igual que Vallejo y Comeche (1994) consideramos que el calificativo de psicógeno es una cuestión de grado. Esto es, en todo dolor hay un componente psicológico que actúa como modulador. Para nosotros, como veremos a lo largo de este trabajo, lo realmente importante no es la causa inicial del dolor, sino lo que determina la discapacidad provocada por éste y los factores que incidirán en su cronificación.

A continuación vamos a ver a qué nos referimos cuando afirmamos que el dolor discapacita; a saber, qué alteraciones psicológicas conlleva.

¿Cuál es el estado psicológico de los pacientes con dolor crónico?

En muchos casos, el dolor es en algún grado discapacitante y afecta a prácticamente todas las áreas de la vida: laboral, tiempo libre, sexual, sueño... Es usual que las personas se sientan inútiles, su humor se altere y todo ello incida también en los afectos provocando un deterioro en sus relaciones con los demás. No sólo existe una alteración a nivel emocional, sino también a nivel cognitivo (es fácil encontrar deterioros en los procesos atencionales y de memoria).

En el ámbito afectivo, muchos se sienten incomprendidos no sólo por sus allegados, sino también por los profesionales médicos que no saben o no pueden explicarles con claridad su patología. En la mayoría de los casos, se insinúa que su patología es psicológica, lo cual es vivido como si se los tachara de “locos”. Con el objetivo de conocer detalladamente qué piensan y sienten los pacientes cuando los profesionales de la medicina dudan respecto a la organicidad de su dolor, May, Rose y Johnstone (2000) entrevistaron a 12 pacientes con dolor lumbar crónico. Los pacientes se resistían a creer que su dolor podía estar influenciado por factores psicológicos y vivían esta insinuación como si se los culpabilizara de su dolor. Estos sujetos trasladaban toda la culpa de su dolor a la incertidumbre que mostraban los profesionales en torno a la etiología y tratamiento de su patología. Según los entrevistados, el escepticismo de los médicos era dañino y descorazonador.

La depresión y la ansiedad son sin duda las dos emociones más usuales entre los pacientes con dolor crónico. En algunos casos, el dolor también puede desembocar en agresividad dirigida principalmente contra los profesionales o instituciones médicas (Fishbain, 2000). El dolor no sólo provoca emociones tan negativas como la depresión, la ansiedad o la agresividad, sino que puede incluso producir un trágico final en algunas vidas: el suicidio. Parece que no es el dolor per se el responsable del suicidio, sino que la variable clave que correlaciona en mayor medida con el suicidio es la depresión que experimentan algunos pacientes (Fisher, Haythornthwaite, Heinberg, Clark y Reed, 2002).

El dolor crónico como vemos es algo más, algo muchísimo más complejo que

simplemente sentir dolor. En palabras de González (1999):

Imaginen Vds. que pudiésemos, con la fuerza de los pensamientos infantiles, transformar nuestro bolígrafo en una varita mágica, y del dolor crónico nos fuera posible retirar la parte afectiva, desprender la cuestión beneficio sea buscado o no, descontar las compensaciones sociales y económicas, buscadas o no, ignorar la influencia que ejercen factores externos como calor, frío, cultura, educación, olvidar la innegable influencia del estrés o la depresión, y finalmente pudiésemos apartar otros factores importantes del tipo psiquiátrico, educacional, familiar, etc. ¿Qué nos quedaría? (...) Pues posiblemente sólo una cuestión dolorosa de escasa entidad (González, 1999, 10).

Estas palabras nos muestran innumerables aspectos que son afectados y desencadenados por el dolor. Expresan los sentimientos negativos que provoca.

No obstante, ante el sufrimiento del dolor crónico no todas las personas reaccionan igual, ni sienten lo mismo. Mientras algunas caen en una profunda depresión, otras logran adaptar su vida al dolor sin que su estado de ánimo se vea demasiado afectado. En este hecho reside la clave para pensar que el dolor no significa necesariamente sufrimiento y que, por lo tanto, podemos aprender de las personas que logran sobrellevar el dolor, para enseñar sus formas de afrontarlo a aquéllas que el dolor no las deja vivir.

Esto es, debemos distinguir entre las variables “dolor” y “discapacidad”, porque no siempre van unidas. En la mayoría de estudios sobre dolor crónico desde una perspectiva psicológica se utiliza como variable dependiente la “discapacidad”. Esto es, se intenta averiguar más qué factores afectan a la discapacidad que cuáles inciden en el propio dolor. La discapacidad, como ocurre con la mayoría de variables, no es definida o evaluada de forma idéntica por los diferentes estudiosos del tema. Con propósitos estrictamente didácticos, en este artículo consideraremos la discapacidad como el grado en que las emociones, las diferentes áreas de la vida (laboral, sexual, sueño, tiempo libre,...) y algunos procesos orgánicos se ven afectados por el dolor. Por lo tanto, para nosotros, mayor discapacidad significa menor calidad de vida a nivel físico, psicológico y social. La variable discapacidad sería, como vemos, una variable que englobaría muchos aspectos distintos entre sí. Consistiría en una especie de abstracción que realizamos para esquematizar la complejidad de los factores que intervienen en el proceso doloroso.

Englobar distintos factores dentro de la variable discapacidad nos permite elaborar un esquema más sencillo. No obstante, este agrupamiento en una misma variable presenta un inconveniente y es que no nos permite hablar o estudiar las relaciones que existen entre los factores que enmarcamos dentro del término “discapacidad”. Esto es, no nos permite analizar, por ejemplo, las relaciones que hay entre la depresión y el sueño, o la depresión y la ansiedad y, en definitiva, entre cualquiera de las variables que introducimos en el mismo paquete. Por lo tanto, somos conscientes de que nuestro esquema facilitará una comprensión global del

proceso doloroso pero que para realizar exámenes más detallados se deberían considerar por separado todas las variables que encajamos dentro del término “discapacidad”.

La primera pregunta que nos formulamos respecto a la discapacidad es:

¿por qué personas que sufren la misma patología tienen diferentes grados de discapacidad?

¿Qué factores determinan la discapacidad?

Podríamos pensar que la discapacidad depende del grado de “daño tisular”, sin embargo, aunque efectivamente la causa orgánica puede constituir un determinante de la discapacidad, no es la única. Si pensáramos en estos términos (daño tisular = discapacidad), sería como dar un paso atrás y volver a las antiguas definiciones de dolor donde existía una clara proporcionalidad entre la agresión tisular y la sensación de dolor. Las investigaciones a este respecto apuntan que los factores cognitivos y conductuales son también claros determinantes de la discapacidad. Cómo afecta el padecimiento del dolor a las diferentes áreas de la vida depende de las conductas y pensamientos de los pacientes. ¿Cuáles son las conductas y los pensamientos que producen más discapacidad?

Con el fin de facilitar el análisis de los factores psicológicos que determinan la discapacidad, sería útil contar con la ayuda de un modelo teórico que nos guiara. Si miramos hacia atrás, desde los años 60, en los que se consideraba el dolor como una experiencia sensorial, han ido apareciendo diferentes teorías del dolor. La primera que rompió con los esquemas de aquellos años fue la teoría de la puerta del control de Melzack y Wall (1965). Desde entonces, los modelos han ido evolucionando; en un principio, y como es lógico teniendo en cuenta la historia de la psicología académica, las teorías eran básicamente conductuales (Fordyce, Fowler y De Lateur, 1968) y poco a poco han ido incorporando conceptos cognitivos y emocionales. Una buena revisión sobre la evolución de estos modelos se puede encontrar en el artículo de Sharp (2001). Este autor, después de una revisión y crítica acerca de los principales modelos, propone un nuevo modelo que, según él, es una reformulación de los modelos cognitivos-conductuales ya existentes en el campo de la ansiedad. Sin embargo, creemos que para el estudio del dolor no es necesario proponer una nueva teoría sino que el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), tan primordial en el campo del estrés, puede ser traducido a la experiencia del dolor. De hecho, la nueva reformulación de Sharp tiene multitud de puntos en común con la teoría de Lazarus y no aporta ningún concepto totalmente nuevo. Además, muchas investigaciones en el campo del dolor ya se vienen basando en la teoría de Lazarus y por ello no creemos conveniente cambiar hacia una propuesta que no aporta conceptos nuevos (véase la descripción de la teoría de Lazarus,

aplicada al campo del dolor en el libro de Esteve y Ramírez, 2003). Sin embargo, aunque muchos trabajos dicen partir del modelo de Lazarus y manejan

conceptos contemplados en dicha teoría, no se identifica explícitamente a qué variables del esquema de Lazarus se hace referencia.

Jensen, Turner, Romano y Karoly realizaron en 1991 una revisión sobre el campo del dolor desde la perspectiva del modelo de Lazarus. Esto es, intentaron poner en orden las evidencias que aportaban distintas investigaciones utilizando el modelo de Lazarus como herramienta. Siguiendo en la tarea de ordenar las evidencias de las que disponemos, nuestro objetivo consistirá en revisar las investigaciones más recientes en esta área integrando en dicho modelo los conceptos que aparecen para contribuir a la consolidación del mismo como una teoría que nos pueda ser útil tanto a nivel teórico como práctico.

Resumiendo el modelo de Lazarus diremos que las situaciones generan más o menos estrés según cómo las personas las evalúen y cómo las afronten. Cuanto más amenazante se evalúe un evento y menos efectivas sean las estrategias de afrontamiento empleadas, mayor será el grado de estrés. Traduciendo este modelo al proceso doloroso, podríamos plantear la hipótesis de que el dolor provocará más o menos discapacidad según cómo se evalúe y cómo se afronte. Por lo tanto, deberíamos analizar dos variables para entender los factores determinantes de la discapacidad: la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento.

Evaluación cognitiva

La evaluación cognitiva se refiere a cómo la persona percibe su situación: si evalúa el dolor como algo controlable o no, si cree que tiene habilidades para afrontar su dolencia o no...

En la literatura sobre dolor crónico nos encontramos con una variable muy estudiada que consideramos que encaja perfectamente en el concepto de "evaluación cognitiva". Se trata de la variable "catastrofismo". Los individuos que tienen una visión catastrofista de su dolor son aquéllos que evalúan su dolor como incontrolable, exageran las propiedades amenazantes del estímulo doloroso y no pueden apartar su mente del dolor (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995; Thorn, Bothby y Sullivan, 2002; Turner, Jensen y Romano, 2000). Existe una gran polémica sobre si esta variable debe considerarse una estrategia de afrontamiento, o un tipo de creencia o evaluación. Sin entrar en este debate, sólo queríamos indicar que, según nuestra opinión, es mejor no considerarla como estrategia de afrontamiento puesto que no encaja totalmente con la definición de Lazarus, dado que como veremos más adelante las estrategias se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales. Por lo tanto, los procesos que no requieren esfuerzo no se pueden clasificar como estrategias (Moix, 1990). Y nuestra experiencia nos indica que se trata más de una evaluación de tipo automático que no requiere esfuerzo alguno.

En las investigaciones en las que se evalúa esta variable, se puede comprobar la clara asociación que existe entre catastrofismo y discapacidad. Esto es, cuanto mayor es el catastrofismo mayor es la discapacidad, e incluso mayor es la intensidad

del dolor (Bishop, Ferraro, Borowiak, 2001; Buer y Linton, 2002; Severeijns, Vlaeyen, Van Den Hout y Weber, 2001; Tan, Jensen, Robinson, Thornby y Monga, 2001; Turner, Jensen, Warmes y Cardenas, 2002; Van-den-hout, Vlaeyen, Heuts, Sillen y Willen, 2001). En términos generales, el dolor resulta más incapacitante en las personas que presentan un mayor número de pensamientos catastróficos, es decir, las diferentes áreas de su vida resultan más alteradas por culpa del dolor y sufren más depresión y ansiedad.

En un estudio donde 88 mujeres con dolor crónico debían anotar durante 30 días en un diario sus pensamientos catastróficos, el nivel de dolor y el estado de ánimo, se pudo comprobar que los días en los que se registraban más pensamientos catastróficos, incrementaba el dolor y los estados de ánimo negativos (Grant, Long y Willms, 2002).

Si ahondamos más en la variable catastrofismo, podemos ver que este tipo de pensamiento no sólo afecta a los estados de ánimo sino también a otros procesos cognitivos como los atencionales. Crombez (2002) pudo comprobar en dos estudios experimentales que las personas con más pensamientos catastrofistas eran las que, cuando tenían que llevar a cabo una tarea en la que se evaluaba su tiempo de reacción, su nivel atencional se encontraba más interrumpido por el dolor que el de aquellos sujetos con menos pensamientos catastróficos. Podríamos concluir que la disminución en la capacidad de concentración que presentan, en muchos casos, los pacientes con dolor crónico está mediada por la variable catastrofismo. Grisart y Vanderlinden (2001) pudieron comprobar cómo el catastrofismo no sólo altera los procesos atencionales sino que también afecta negativamente a la memoria.

Parece que los pensamientos catastróficos tienen efectos más devastadores a medida que pasa el tiempo. En un trabajo donde se evaluó el efecto del pensamiento catastrofista sobre la discapacidad en tres grupos de pacientes en los que la duración de su patología era diferente, se pudo comprobar que en aquellos sujetos en los que su patología se remontaba a más tiempo atrás, los pensamientos catastróficos incidían en mayor medida en su discapacidad. (Sullivan, Sullivan y Adams, 2002).

Una clara conclusión aplicada que podemos extraer sobre los resultados de los estudios acerca del catastrofismo, se refiere a la necesidad de intentar disminuir este tipo de pensamientos, para poder así reducir también la discapacidad.

De hecho, Thorn, Boothby y Sullivan (2002) han elaborado un programa muy detallado con este fin.

Dentro de la variable “evaluación cognitiva” también podemos encontrar otros aspectos sobre los cuales se puede evaluar el proceso doloroso.

Como ya hemos indicado, dentro de la “evaluación cognitiva” se encuentra la valoración que la persona realiza sobre sí misma. A este respecto diversas investigaciones ponen de relieve que los pacientes que se consideran con menor competencia para solucionar problemas son los que sufren más dolor, más depresión e inadaptación (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002; Witty, Heppner, Bernard y Thoreson,

2001).

La autoeficacia es un concepto claramente ligado al anterior dado que se refiere a lo capaz que el individuo se siente de solucionar o afrontar una situación concreta (sea o no el dolor). En el caso de pacientes con dolor, hace referencia a lo capaces que se sienten de manejar el proceso doloroso. En general, los estudios que evalúan esta variable comprueban que las personas más autoeficaces son las que sienten menos dolor, manejan mejor su dolor y otros síntomas, muestran una menor discapacidad (menos depresión y ansiedad) y mejores resultados en los tratamientos (Martín-Aragón et al., 1999; Pastor, Martín-Aragón, M. y Lledó, 1999; Strong, Westbury, Smith, Mckenzie y Ryan, 2002; Turk y Okifuji, 2002). Tal como apuntan Turk y Okifuji (2002), probablemente, la autoeficacia afecta al dolor y a la adaptación a través de dos vías: por un lado, porque probablemente aquellos sujetos con mayor autoeficacia deben movilizar más recursos y estrategias para afrontar su problema y, por otro, los pacientes que se sienten más autoeficaces, piensan que su dolor es más controlable y experimentan menos ansiedad.

Resumiendo este apartado, podemos concluir que la evaluación cognitiva (concretamente: el catastrofismo, las habilidades subjetivas para solucionar problemas y la autoeficacia) incide claramente en la discapacidad e incluso en el propio dolor. En el modelo de Lazarus, como ya hemos apuntado, la ansiedad, en este caso el dolor, no sólo depende de la evaluación cognitiva, sino también de cómo el sujeto afronta la situación. Vamos a analizar seguidamente esta variable.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar la situación potencialmente amenazante, en el caso que nos ocupa, el dolor.

Los estudios que intentan relacionar las estrategias de afrontamiento y la discapacidad suelen mostrar que las estrategias activas y dirigidas a la solución de problemas parecen estar relacionadas con una menor discapacidad e incluso menor dolor, mientras otras estrategias más pasivas están asociadas a un mayor nivel de dolor (Esteve, López y Ramírez, 1999; Grant, Long y Willms, 2002; McCracken, Goetsch y Semenchuk, 1998; Rodríguez-Parra, Esteve y Martínez, 2000). Estrategias concretas que podríamos calificar como pasivas son las fantasías esperanzadoras (por ejemplo, imaginarse que el dolor terminará pronto) y el rezo.

Respecto a la distracción como estrategia de afrontamiento, los resultados parecen ser contradictorios, mientras algunos estudios indican que se trata de una estrategia adaptativa, otros muestran lo contrario (Grant, Long y Willms, 2002; Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000).

La “expresión de las emociones” también la podemos considerar una forma de afrontamiento. Keefe y colaboradores, después de una exhaustiva revisión sobre la expresividad emocional, llegan a la conclusión de que la no expresión de emociones

está asociada a un mayor dolor (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch y Carson, 2001). En este sentido, una de las emociones más estudiadas es la ira, habiéndose observado que la inhibición de su expresión está correlacionada tanto con el dolor como con la discapacidad (Casado y Urbano, 2001).

La “búsqueda de apoyo social”, en cierto modo relacionada con la estrategia comentada anteriormente, también parece constituir una estrategia adaptativa. Como apuntan Comeche y Lasa (2001), los trabajos al respecto indican una relación negativa entre la utilización de esta estrategia y el nivel de dolor.

“La toma de medicación” podríamos considerarla asimismo como una estrategia de afrontamiento. A este respecto, podemos encontrar pacientes que se medican en exceso y otros que, por miedo a los efectos secundarios, no siguen las prescripciones médicas. Los efectos iatrogénicos de una inadecuada medicación pueden dar lugar a alteraciones fisiológicas (Sharp, 2001). Por lo tanto, la toma de medicación es un ejemplo más de cómo las estrategias de afrontamiento inadecuadas pueden provocar discapacidad.

Aunque todavía necesitamos más estudios para clarificar qué estrategias pueden resultar beneficiosas o perjudiciales para afrontar el dolor, por el momento sí podemos afirmar que las estrategias parecen influir sobre la discapacidad.

Variables predictoras indirectas

Además de la evaluación cognitiva y de las estrategias de afrontamiento, en la literatura sobre el dolor crónico nos encontramos con otras variables que también parecen predecir, en mayor o menor medida, el dolor y/o la discapacidad.

Estas variables son factores que en el modelo de ansiedad de Lazarus también aparecen y que son contempladas como variables de segundo orden ya que afectan a la ansiedad, pero siempre a través de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. En el caso del dolor, parece que ocurre lo mismo. Esto es, existen numerosas variables que inciden en el dolor, y posiblemente lo hagan mediante la modulación de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. Este apartado estará dedicado a la descripción de las mismas.

Creencias

En los modelos cognitivos, las creencias siempre juegan un papel crucial y, cómo no, en el modelo de Lazarus también. Las creencias son nociones preexistentes o esquemas cognitivos de la realidad que moldean o transforman nuestras percepciones de lo que nos envuelve y de nosotros mismos (véase Camacho y Anarte, 2001). Éstas se pueden referir a múltiples aspectos. Creencias sobre el mundo en general, sobre la salud, sobre uno mismo, ... y sobre el dolor (acerca de la etiología, diagnóstico, tratamiento, duración del dolor, etc.).

Como el dolor es un fenómeno tan amplio que integra aspectos físicos, psicológicos y sociales, las creencias que pueden afectarlo, más o menos directa-

mente, son innumerables. A continuación sólo expondremos las que hemos encontrado descritas en la literatura.

Las creencias sobre los factores que afectan al dolor pueden determinar la forma de afrontarlo. Por ejemplo, a los pacientes que creen que la actividad agrava el daño tisular, esta idea puede conducirlos a la inactividad, la cual por sí misma puede agravar el problema; esto es, aumentar la discapacidad y el dolor (Buer y Linton, 2002; Turk y Okifugi, 2002).

Las creencias sobre la tipología del dolor también pueden afectar al tipo de tratamiento que prefiere el paciente. Aquellos pacientes que consideran su dolor como un trastorno totalmente físico suelen preferir terapias más médicas y no suelen aceptar participar en programas interdisciplinarios o psicológicos, y si lo hacen suelen abandonar o mostrar poca adherencia (Turk y Okifugi, 2002). Este tipo de creencias puede afectar a más aspectos. En un estudio de Walsh y Radcliffe (2002), se pudo comprobar que los pacientes que evaluaban su dolor como un trastorno muy “orgánico” fueron los que presentaron un mayor índice de discapacidad. Más aún, cuando los pacientes fueron tratados mediante un programa interdisciplinar, se comprobó que aquéllos en los que se redujo en mayor medida la visión del dolor como un fenómeno puramente orgánico, fueron los que presentaron mayor mejoría.

El locus de control puede afectar asimismo la discapacidad. Parece que los pacientes con un locus de control interno, a saber, aquéllos que creen que el dolor depende de ellos mismos son los que se adaptan mejor a su situación, si los comparamos con personas con locus de control externo que consideran que su dolor depende de otros factores (Camacho y Anarte, 2001).

Rasgos de personalidad o psicopatologías

Existe una línea de investigación que intenta encontrar relaciones entre rasgos de personalidad o patologías de personalidad, y el padecimiento de dolor crónico y la discapacidad. Su objetivo es encontrar si existen pacientes con tipos de personalidad o psicopatologías que tengan más tendencia a padecer dolor crónico o a sentirse más incapacitados. En un reciente estudio llevado a cabo por Mayr, Rose y Johstone (2002) en el que entrevistaron a 245 pacientes que sufrían dolor lumbar, se encontró que el porcentaje de pacientes que sufría alguna psicopatología era menor entre los pacientes en los que se había detectado una clara causa orgánica de su dolor, que entre aquéllos en que no se había detectado causa alguna.

Las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad (Dersh, Polatin, Gatchel, 2002; Mayr, Hogler, Ghedina y Berek, 2003), aunque no está claro en qué dirección va la influencia (Fishbain, 2002).

Tal como apuntan Serrano y colaboradores, existen numerosos autores que plantean serias dudas acerca de que el dolor pueda ser atribuido a una personalidad neurótica premórbida (Serrano, Cañas, Serrano, García y Caballero, 2002). La revisión realizada por estos autores parece indicar más bien que la personalidad

premórbida, aunque no sea la precursora del dolor, determina en parte la discapacidad o sufrimiento provocado por éste. Dersh, Polatin y Gatchel(2002), después de una extensa revisión de la literatura sobre este tema, concluyen, de forma similar a Serrano y colaboradores (Serrano et al., 2002), que se podría considerar a las psicopatologías como características preexistentes en *stand by* que son activadas por el estrés que supone el sufrimiento de dolor crónico. Así, aunque quizás las psicopatologías no son las responsables del inicio del dolor, probablemente intervengan en su cronificación.

Intentando encajar esta idea en el modelo teórico que nos está guiando, probablemente los rasgos o patologías de personalidad afecten a la discapacidad a través de su influencia en la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento.

A este respecto, por ejemplo, se ha comprobado que la relación existente entre neuroticismo (rasgo de personalidad) y dolor crónico parece estar mediada por el catastrofismo (evaluación cognitiva) (Ramírez, 2002; Ramírez, Esteve y López, 2001). Esto es, los pacientes con niveles mayores de neuroticismo padecen mayor dolor porque son los que más pensamientos catastróficos presentan.

Historia previa

En cualquier trastorno, la historia previa del paciente es una variable que puede incidir tanto en el inicio, como en el mantenimiento o curación del mismo. El dolor crónico no es una excepción. La historia previa es una variable casi inabarcable ya que incluye el devenir del paciente desde su nacimiento. Por lo tanto, incluye una infinidad de aspectos.

En el caso del dolor crónico varios de estos aspectos se han mostrado determinantes. Uno de ellos es el sufrimiento de dolor crónico por parte de los progenitores. Parece que cuando se comparan pacientes con dolor crónico con sujetos controles, los primeros tienen mayor probabilidad de tener padres que también sufren dolor crónico.

Otro aspecto que también parece incidir en el padecimiento de dolor crónico es la historia de abusos sexuales. Green y colaboradores en un estudio donde se entrevistó a 90 mujeres con dolor crónico, pudieron comprobar que aquéllas que presentaban una historia más larga de abusos sexuales eran las que sufrían mayor ansiedad y más dolor (Green, Flowe-Valencia, Rosenblumy Tait, 2001). En la misma línea, Goldberg y Goldstein, comparando un grupo de pacientes con dolor crónico con un grupo control, constataron que un 54% de los pacientes con dolor crónico manifestaban haber vivido abusos sexuales o verbales en su niñez, mientras en el grupo control este porcentaje se reducía al 21.4%. Aunque en la literatura podemos encontrar más trabajos que corroboran los resultados anteriores (Finestone, et al., 2000), según McBeth no deberíamos fiarnos totalmente de este tipo de estudios ya que al ser retrospectivos, el hecho de que los pacientes con dolor manifiesten haber padecido más abusos, no nos indica con certeza que realmente los

hayan sufrido, sino solamente muestra que recuerdan haberlos sufrido (McBeth, Morris, Benjamin, Silman y MacFarlane, 2001).

Dado que la memoria de este tipo de pacientes puede estar sesgada hacia lo negativo, probablemente las informaciones obtenidas a través de entrevistas no son comparables con informaciones extraídas de entrevistas a personas sin dolor y por lo tanto sin este tipo de sesgo. En general, parece que no sólo los abusos sexuales, sino cualquier tipo de evento estresante puede incidir en el dolor. Lampe y colaboradores, al comparar dos grupos de pacientes con dolor crónico de espalda (un grupo con causa orgánica y el segundo con causa idiopática), observaron que en los pacientes cuyo dolor se debía a causas idiopáticas había un mayor número de eventos antes de la exacerbación de su dolor (Lampe et al., 1998). La relación entre eventos estresantes y dolor se ha podido comprobar en diferentes investigaciones (Craufurd, Creed y Jayson, 1990; De Benedittis, Lorenzetti y Pieri, 1990).

Apoyo social

El apoyo social es una variable determinante de la ansiedad tal y como se contempla en el modelo de Lazarus. En el caso del dolor, el apoyo social también se muestra como un factor modulador. Concretamente, parece que aquellos pacientes que indican tener un mayor apoyo social son los que sufren menos dolor y discapacidad (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002). El apoyo social puede ayudar a los pacientes a través de dos vías: emocional y práctica. Es probable que los pacientes con mayor apoyo social tengan más oportunidades de expresar sus sentimientos en torno al dolor y puedan obtener más información y ayuda que les facilite solventar las situaciones problemáticas que se presenten. En otras palabras, el apoyo social incidirá sobre el dolor y la discapacidad a través de las estrategias de afrontamiento.

Nivel educacional

Roth y Geisser (2002), en un estudio en el que se evaluaron 299 pacientes con dolor crónico, pudieron comprobar que a menor nivel educacional más inadaptación a causa del dolor. La relación entre estas dos variables, según esta investigación, parece estar mediada por el catastrofismo y la creencia de que el dolor es la señal de daño tisular ya que las personas con un nivel educacional más bajo presentan más pensamientos catastróficos y una mayor tendencia a creer que el dolor señala daño tisular. Así pues, se trata de una variable indirecta que afecta a la discapacidad a través de la evaluación cognitiva (concretamente el catastrofismo).

Resumiendo, en este apartado hemos podido comprobar cómo las formas de evaluar y afrontar el dolor determinan, en gran parte, la discapacidad que éste provocará en la vida cotidiana. A su vez, la forma de evaluar el dolor y de afrontarlo vendrá determinada por multitud de factores indirectos (creencias, rasgos de personalidad, historia previa, apoyo social y nivel educacional). En la figura 1 de la página siguiente, podemos encontrar un esquema que refleja estas influencias.

Las influencias de este esquema se ponen en marcha al iniciarse la sensación dolorosa, la cual conlleva que se dé una evaluación de la misma y que se empleen unas estrategias para afrontarla. Debemos tener precaución al interpretar el esquema presentado, puesto que aunque las flechas sugieren influencias de tipo causal, los estudios en los que nos basamos, al ser la mayoría de tipo correlacional, no nos permiten asegurar esta causalidad. Por lo tanto, el modelo propuesto se debe considerar hipotético.

Si nos fijamos detenidamente en la figura 1, podemos comprobar que la discapacidad provocada por el dolor, de forma más bien indirecta a través de la

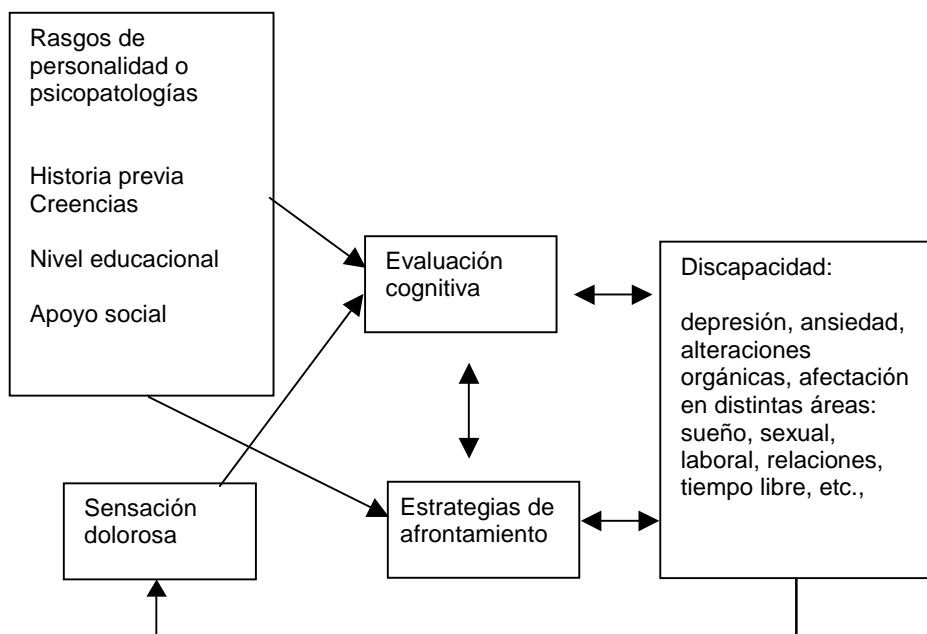


Figura 1. Factores psicológicos predictores de la discapacidad y la cronicidad.

evaluación y las estrategias, a su vez afecta al mismo. Esto es, se presenta un círculo dolor – discapacidad – dolor. Este círculo explicaría, en parte, la cronicidad del dolor. La pregunta que nos podríamos formular es la que desarrollamos a continuación.

¿Cuáles son los factores psicológicos predictores de la cronicidad?

En muchos casos nos podemos encontrar pacientes con dolor crónico en los que su dolor es “desproporcionado” en relación con su causa orgánica. En otros casos, incluso nos podemos encontrar dolor crónico cuando el motivo desencadenante inicial ha desaparecido completamente. ¿Cómo podemos explicar la cronicidad, la

continuación de un dolor sin causa o con una causa orgánica que no es proporcional al grado de dolor?

Como ya hemos comentado en la figura 1, podemos encontrar una flecha que parte de la discapacidad y se dirige a la sensación dolorosa, cerrando de esta forma un círculo. ¿Cómo podemos explicar esta flecha; esto es, la influencia de la discapacidad sobre el dolor? Existen varias hipótesis. Estas explicaciones o hipótesis no se enmarcan en la teoría de Lazarus, porque no olvidemos que es una teoría sobre estrés y no sobre dolor y, por lo tanto, no da respuesta a vías concretas de cronificación del dolor. Sin embargo, las hipótesis que vamos a exponer a continuación no se contradicen con el modelo de Lazarus, sino que serían explicaciones a otro nivel más detallado de la influencia de la discapacidad sobre el dolor. A continuación vamos a comentar las hipótesis más extendidas.

Uno de los mecanismos, desde un punto de vista más fisiológico, que se han argumentado para explicar la cronicidad del dolor consistiría en la sensibilización de las vías de transmisión. Las neuronas son plásticas y sufren cambios debidos a las experiencias. Gracias a esta plasticidad aprendemos, pero desgraciadamente este mismo valioso mecanismo puede ser el responsable de la cronificación del dolor puesto que, aunque la causa inicial del dolor desaparezca, las vías han sufrido cambios, se han “sensibilizado”, y siguen transmitiendo dolor (Sufka, 2000).

Según Brosschot (2002), existen dos tipos de sensibilización: una más física que residiría en las vías de transmisión del dolor (ya enumerada) y otra de tipo más psicológico. Esta última la podríamos considerar como un posible círculo vicioso: dolor – ansiedad – hipervigilancia – dolor. Esto es, la ansiedad o preocupación que provoca el dolor aumenta la alerta o la atención que las personas prestan a las sensaciones dolorosas (Roelofs, Peters, Zeegers y Vlaeyen, 2002) aumentando la sensación subjetiva de dolor (Jansen, 2002). De hecho, parece que las personas con dolor crónico no solamente presentan sesgos atencionales, sino también de interpretación y memoria. Esto es, comparados con la población normal tienen tendencia a interpretar o percibir estímulos físicos como dolorosos y a recordar en mayor medida los episodios con dolor (Pincus y Morley, 2001.)

Otra posible hipótesis describe el dolor como impulsor de un círculo de dolor – ansiedad – tensión – dolor. Así, aunque desaparezca el desencadenante inicial la rueda ya está en marcha (Jansen, 2002). De hecho, cada vez son más numerosas las investigaciones que muestran que aquellos pacientes que experimentan más ansiedad son los que sufren más dolor (Riley, Robinson, Wade, Myers y Price, 2001; Serrano, Cañas, Serrano, García y Caballero, 2002).

También podemos encontrar explicaciones a nivel conductual. En estas hipótesis, las conductas de dolor se refuerzan por distintos acontecimientos (atención de los allegados, bajas laborales, etc.) que mantienen el dolor. Romano y colaboradores llevaron a cabo un estudio en el que grabaron a 121 pacientes con dolor crónico realizando algunas tareas del hogar con sus parejas, mostrando cómo los

comportamientos solícitos (ayudar en exceso, no dejar hacer algunas actividades...) por parte de la pareja aumentaban las conductas de dolor (verbales y no verbales) de los pacientes (Romano, Jensen, Turner, Good y Hops, 2000). Incluso algunos estudios de tipo experimental sugieren que las personas con dolor crónico son más fácilmente condicionables instrumentalmente que las personas sin dolor (Flor, Knost y Birbaumer, 2002).

Dentro de las explicaciones conductuales, también se encuentra la hipótesis «miedo al dolor = conductas de evitación» (Jansen, 2002). El miedo a experimentar dolor deriva hacia conductas de evitación del dolor, concretamente en disminuir, en alto grado, la actividad física (Turk y Okifuji, 2002). La inactividad provocada por el miedo, a su vez, conlleva una debilitación de la musculatura en primer lugar y la alteración de otros procesos fisiológicos que no permitirán la recuperación del paciente y la consiguiente disminución del dolor.

Asimismo, se postulan tesis a nivel cognitivo, proponiendo que el dolor físico puede suponer para algunos pacientes la atribución “perfecta” para su depresión; es decir, “la excusa” para su estado de ánimo. De esta forma, la depresión podría cronificar el dolor, pero también lo podría hacer por otras vías más conductuales o fisiológicas. De hecho, la depresión es la emoción más asociada al dolor, existen numerosos estudios que muestran cómo las personas con más depresión son las que sienten más dolor (Reeves, 2000; Serrano et al., 2002).

Dentro de las explicaciones desde un punto de vista más teórico, Esteve, Ramírez y López (2001) basándose en el modelo de procesamiento de las emociones (2001) discuten una nueva idea que aparece en la literatura sobre el dolor que se basa en conceptualizar el dolor como un esquema. Esta hipótesis sugiere que cuando se experimenta en repetidas ocasiones dolor paralelamente con otras emociones (tristeza, miedo, disgusto o ira), se construye un esquema en el que se representan al mismo tiempo las cualidades sensoriales y emocionales de la experiencia del dolor. Esto es, el esquema de dolor que se almacena en la memoria contendría una representación de los estímulos nociocéptivos junto con las emociones, sensaciones e imágenes previamente asociadas. De esta forma, podríamos explicar cómo casi de forma automática la experiencia sensorial del dolor puede provocar malestar emocional dado que se activarían los núcleos emocionales y también, a la inversa, cómo las emociones negativas pueden facilitar la sensación dolorosa.

Las explicaciones expuestas no se contradicen entre sí ya que son hipótesis a diferentes niveles. Parece, pues, que el mantenimiento del dolor es multicausal, y que probablemente, para cada paciente, cada uno de los mecanismos expuestos tendrá “un peso” diferente para explicar su caso. Como vemos, la cronicidad está fuertemente marcada por factores psicológicos y no sólo a nivel de hipótesis, sino que se ha comprobado que los factores psicológicos pueden contribuir a la cronicidad tanto o más que los factores físicos, entendiendo como factores físicos

la gravedad del daño tisular (Turk y Okifuji, 2002).

Si como vamos viendo a lo largo de este artículo, el dolor crónico es un fenómeno extremadamente complejo, en el que intervienen factores físicos, psicológicos y sociales, nos podríamos preguntar lo siguiente.

¿Se emplean técnicas auténticamente interdisciplinares para tratar el dolor? ¿son efectivas?

El tratamiento del dolor crónico ha ido evolucionando, al igual que su definición. Mientras en un principio el dolor se contemplaba desde una perspectiva muy fisiológica, el tratamiento se reducía a un tipo de técnicas médicas (fármacos, intervenciones quirúrgicas, etc.). Sin embargo, a medida que el dolor se define como una afectación más global, la forma de tratarlo también se amplía.

Cada día son más numerosas las publicaciones que concluyen que los tratamientos interdisciplinares del dolor crónico son efectivos (Claiborne, 2002; Collado et al., 2001; Esteban 1999). Los tratamientos psicosociales combinados con los médicos dan mejores resultados que cada uno por separado, como muy bien indica Turk: $1+1=3$ (Turk, 2001a). Los tratamientos interdisciplinares no sólo se han mostrado efectivos, sino incluso rentables: pensemos en la reducción que conllevan de bajas laborales, medicación, visitas médicas, etc. (Cipher, Fernández y Clifford, 2001; Turk, 2001b).

No existe un único protocolo de tratamiento interdisciplinar que se emplee de forma estandarizada (Ashburn y Staats, 1999; Biurr un y Jusué, 1998; Górriz, Garrido y Andueza, 1999; Moix, 2003). Acabamos de realizar un análisis del proceso doloroso según el modelo de Lazarus, y aunque resulta un modelo muy útil en el plano teórico y no nos cabe duda de que podría resultar muy útil para guiar el diseño de terapias, no es frecuente que se parta del mismo como guía terapéutica. Habitualmente, las terapias se diseñan guiadas por motivos más pragmáticos. No obstante, muchas de las técnicas utilizadas se pueden analizar desde el modelo de Lazarus como formas de reestructurar la evaluación cognitiva o enseñar formas de afrontamiento más útiles.

Como hemos comentado no existe un único protocolo, sin embargo, si analizamos distintos tratamientos utilizados podemos realizar una abstracción donde se contemplen las características más comunes.

La mayoría de tratamientos interdisciplinares suelen poseer una filosofía educativa. Su objetivo no es tanto limitarse a dar prescripciones sino más bien trata de educar a los pacientes para que ellos sepan afrontar de una forma óptima su dolor.

Muchos de estos tratamientos son grupales. Esto significa que las diferentes sesiones de las que consta el programa no se llevan a cabo de forma individual con un solo paciente, sino que las sesiones se realizan en grupos.

A continuación enumeraremos los profesionales que suelen guiar las sesiones en los programas interdisciplinares y la información que puede aportar cada uno de

ellos, deteniéndonos en explicar con más detalle las técnicas tratadas por los psicólogos.

- Médicos. Información acerca de las patologías que pueden causar el dolor y de los tratamientos médicos.
- Anestesiastas. Información sobre técnicas médicas para el tratamiento del dolor. Indicaciones, interacciones y efectos secundarios de los analgésicos más empleados.
- Trabajadores sociales. Información legal sobre las bajas laborales. Información sobre recursos para acceder a actividades lúdicas en la localidad del paciente.
- Fisioterapeutas. Información sobre higiene postural. Indicaciones sobre ejercicios recomendados.
- Psicólogos. A continuación enumeraremos distintas técnicas cognitivoconductuales que suelen emplearse en pacientes con dolor crónico. Estas técnicas se emplean en algunas ocasiones como técnicas aisladas y en otras formando parte de un tratamiento interdisciplinar.
 - Conceptualización. Antes de utilizar las distintas técnicas cognitivoconductuales, se suele presentar una explicación teórica sencilla de cómo los factores psicológicos actúan sobre el dolor y, por lo tanto, de la necesidad de utilizar técnicas psicológicas.
 - Técnicas de relajación. Sumamente útiles para romper el círculo dolor – tensión – dolor. La técnica de relajación más empleada es la de Jacobson, aunque las técnicas de biofeedback también se han mostrado eficaces (Mas y Comeche, 2001; Middaugh y Pawlink, 2002).
 - Técnicas de hipnosis. En algunos casos, además de emplearse técnicas de relajación se puede utilizar la hipnosis. La eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor se ha probado en numerosas investigaciones (Gay, 2002, Hawkins, 2001). Una detallada descripción de esta técnica se puede encontrar en Moix (2002).
 - Reestructuración cognitiva. Si como hemos comentado anteriormente la discapacidad que provoca el dolor depende de cómo se evalúe, es lógico que el objetivo principal de la reestructuración cognitiva consista en cambiar la forma en que los pacientes evalúan el dolor. Más concretamente se trataría de modificar los pensamientos catastrofistas y de fomentar la creencia del dolor como algo controlable (Lebovits, 2002; Thorn, Bothby y Sullivan, 2002).
 - Entrenamiento en asertividad. El dolor suele acrecentar los problemas de relación con los demás (familiares, profesionales de la salud, etc.) y, por lo tanto, es conveniente enseñar técnicas para intentar mejorar dichas relaciones.
 - Condicionamiento instrumental para disminuir conductas de evitación.

El miedo al dolor provoca que disminuya la actividad en muchos pacientes. Con el fin de reducir las conductas de evitación se emplean en muchos casos técnicas basadas en el condicionamiento instrumental, concretamente se pide a los sujetos que realicen progresivamente distintas actividades, reforzando cada uno de los pasos logrados (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001; Turk y Okifuji, 2002; Vlaeyen, De Jong, Onghena, Kerkhoffs-Hanssen y Kole-Snijders, 2002).

- Higiene del sueño. En muchos casos, el dolor trae consigo problemas para conciliar o mantener el sueño, por este motivo es importante tratar este punto dando unas pautas que guíen a los pacientes (Currie, Wilson y Curran, 2002).
- Sexualidad. Las relaciones sexuales se ven afectadas por el dolor. Es necesario tratar este punto desde diferentes perspectivas: los fisioterapeutas pueden indicar posturas más convenientes, los anestesistas indicar algunos efectos secundarios de los fármacos que pueden tener repercusión a nivel sexual. Y en el plano más psicológico es importante tratar este punto con más profundidad: el significado del sexo para el paciente, su evolución, etc.
- Aumento de actividades distractoras. Uno de los objetivos consiste en aumentar el tiempo que los pacientes dedican a realizar actividades agradables. En muchos casos, debido a la depresión a la que va asociada el dolor, las actividades agradables se ven claramente reducidas.
- Organización del tiempo. El dolor significa para muchos pacientes no poder llevar el mismo ritmo que antes de sufrirlo, por este motivo en muchas ocasiones se ven desbordados y necesitan una guía para organizar mejor su tiempo. Este tipo de sesiones no sólo se limitan a dar información; en muchos casos también se realizan ejercicios y se dan “deberes” que los pacientes tienen que realizar en sus casas.

En muchas ocasiones, las sesiones grupales se intercalan con sesiones individuales donde los profesionales pueden tratar y dar información más personalizada. En el caso de las sesiones individuales que llevan a cabo los psicólogos, los pacientes tendrán un espacio donde expresar sus emociones y donde tratar problemas más íntimos.

Como ya hemos comentado anteriormente, son muchos los estudios que muestran la efectividad de las técnicas interdisciplinares. Además de este tipo de técnicas, en algunas ocasiones también se emplean las técnicas cognitivoconductuales de forma aislada, sin pertenecer a un programa interdisciplinar más amplio, mostrándose asimismo efectivas (Moore, Von-Korkk, Cherkin, Saunders y Lorig, 2000; Pastor, Pons, Lledó, Martín-Aragón, López-Roig, Terol y Rodríguez-Marín, 2003). Sin embargo, su efectividad aumenta cuando se integran en un programa interdisciplinar (Turk, 2001b).

Desafortunadamente, aunque la efectividad de las técnicas psicológicas o interdisciplinarias no se puede poner en duda por las abundantes investigaciones que la avalan, dichos tratamientos presentan algunos problemas que necesitan ser investigados con urgencia.

En muchos casos, los pacientes no aceptan participar en este tipo de programas, a pesar de su demostrada efectividad. El número de casos que abandona el tratamiento también es considerable (Strong, Westbury, Smith, McKenzie y Ryan, 2002). Y la poca o nula adherencia que muestran muchos pacientes al tratamiento también se convierte en un grave problema, ya que los pacientes que no siguen las indicaciones (ejercicios, relajación, nuevas estrategias de afrontamiento, etc.) no se benefician del tratamiento. Hablar de programas eficaces, cuando existen estas incidencias, no favorece la optimización de los programas. Como apuntan Turk y Okifuji (2002), quizás deberíamos considerar que si no conseguimos que los pacientes acepten participar, acaben el tratamiento y sean adherentes, realmente el programa presenta serias deficiencias y etiquetarlo de eficaz es más que dudoso. Por lo tanto, dentro de los objetivos terapéuticos de cualquier programa se deberían añadir: (1) conseguir la participación; (2) evitar los abandonos; y (3) aumentar la adherencia. Lamberg (2002), sugiere muy acertadamente, que los médicos deben asegurarse al paciente que su dolor es orgánico y real, y que no es psicológico y luego recomendarles las técnicas cognitivo-conductuales como complemento de las terapias médicas. Si a los pacientes se les deriva hacia técnicas cognitivoconductuales o programas educativos interdisciplinarios sin este tipo de explicación, pueden pensar que el médico está sugiriendo que su dolor es psicológico y, por lo tanto, rehusar este tipo de tratamiento.

Otro aspecto que debería ser investigado respecto a los tratamientos de dolor crónico, se refiere a la posible efectividad de los grupos de autoayuda. En algunas ocasiones, pacientes con dolor crónico de algún tipo (fibromialgias, dolor de espalda, etc.) se agrupan con el fin de ayudarse mutuamente (compartir información, apoyarse psicológicamente, compartir actividades recreativas, etc.). Aunque estos grupos existen, parece que se ha estudiado poco su efectividad.

A este respecto, sólo hemos obtenido información de una investigación en la que se muestra cómo aquellos pacientes instruidos sobre autocuidados de la lumbalgia por otros pacientes que padecen la misma dolencia, adoptaron una actitud más positiva y redujeron más rápidamente su discapacidad que los atendidos de forma tradicional (Von-Korf et al., 1998). Estos resultados sugieren que quizás las terapias interdisciplinarias descritas en el presente estudio aumentarían su efectividad si incluyeran no sólo a especialistas de distintos ámbitos médicos sino a los propios pacientes como personal instructor.

Asimismo, consideramos que el momento de aplicación del tratamiento es un aspecto en el que se debe profundizar. Los tratamientos hasta aquí apuntados se dirigen a pacientes que ya padecen dolor crónico. Sin embargo, podríamos empezar

a preguntarnos si también sería eficaz aplicar técnicas para prevenir el dolor. Los estudios sobre la efectividad de técnicas preventivas constituyen una excepción, pero arrojan resultados esperanzadores que indican que a través de técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a personas que no son pacientes, pero que han tenido algún episodio de dolor de espalda, se pueden prevenir muchas repercusiones del dolor (días de baja laboral, días con dolor, desadaptación, etc.) (Linton y Ryberg, 2001). Incluso se han realizado macrocampañas para informar a la población general sobre la lumbalgia (síntomas, consejos sobre mantener la actividad y no dejar de trabajar, higiene postural, etc.), obteniéndose resultados muy positivos. En un trabajo donde se compararon dos estados: en uno de ellos se realizó una macrocampaña mientras en el otro no hubo campaña alguna, se comprobó que en el estado donde se llevó a cabo la macrocampaña, la población general presentó un incremento de creencias y actitudes adecuadas ante el dolor e igualmente dentro de los especialistas en medicina se mejoró su forma de tratar la lumbalgia (Jolley, Buchbinder y Wyatt, 2001). Debemos considerar estos resultados como una invitación a profundizar en la prevención.

Como ya hemos comentado, en la mayoría de las ocasiones los tratamientos se aplican cuando el paciente padece ya dolor crónico, pero también empiezan a aparecer, como acabamos de señalar, estudios que indican la efectividad de los tratamientos preventivos (Gómez y Méndez, 2000; Miro, 2001). Aparte de estos dos momentos, creemos que existen otros en los que también sería útil aplicar tratamientos interdisciplinares. Por ejemplo, otro momento en el que podrían resultar eficaces sería antes de las intervenciones quirúrgicas que en muchos casos se suelen practicar (por ejemplo en las lumbalgias crónicas). Gatchel (2001) propone una técnica de tratamiento y evaluación de aspectos psicológicos que es eficaz para maximizar los resultados de la cirugía e incluso puede ayudara tomar decisiones sobre la pertinencia de las intervenciones quirúrgicas encada caso. Igualmente, Phelan y colaboradores, diseñaron un DVD y un folleto informativo para presentar las distintas opciones terapéuticas (cirugía, medicación ...) para aquellas personas que padecían lumbalgia con el objetivo de que tuvieran más información para decidirse o no a ser intervenidos quirúrgicamente (Phelan et al., 2001).

El futuro del tratamiento del dolor, no cabe duda, se basará en la aplicación de programas interdisciplinares. Mientras avanzamos en este camino, todavía quedan multitud de preguntas por responder y cuestiones en las que ahondar como se ha podido empezar a vislumbrar en este apartado.

Conclusiones

En el presente artículo hemos intentado analizar los factores psicológicos más importantes que afectan tanto al dolor como a la discapacidad, articulándolos en un esquema teórico basado principalmente en el modelo de estrés de Lazarus. Aunque la causa del dolor sea, en la mayoría de los casos, inicialmente de tipo orgánico

parece que los factores psicológicos juegan un papel clave tanto para predecir la discapacidad que el dolor provocará, como su posible cronificación. Creemos que el esquema teórico de Lazarus, tan útil en el campo del estrés, resulta igualmente útil en el campo del dolor. Y aunque en muchas investigaciones en esta línea queda más o menos implícita la utilización de este modelo, queremos subrayar la necesidad de que explícitamente se enmarquen las investigaciones en un mismo modelo, para de esta forma poder corroborarlo, modificarlo, ampliarlo, en definitiva mejorarlo. Una de las razones, por las que consideramos este modelo adecuado en la investigación del proceso doloroso, se basa en que todos los factores psicológicos que se han analizado dentro de la literatura se pueden enmarcar dentro del mismo. Concretamente, las variables estudiadas en este campo pueden ser comprendidas dentro de dos variables clave en este modelo como son la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento, pudiendo los demás factores estudiados en esta área (historia previa, psicopatologías, etc.) explicar su influencia sobre el dolor a través de su incidencia sobre estas dos variables.

La aplicación práctica de este esquema teórico debería consistir en su utilización como guía durante el diseño de terapias. Esto es, este modelo debería tenerse en cuenta para que durante las terapias no se dejaran de modificar factores psicológicos que parecen importantes. No siempre las terapias parten de modelos teóricos o de conclusiones de investigaciones más básicas. Por ejemplo, como ya hemos comentado anteriormente, Keefe y colaboradores, señalan la existencia de muchas investigaciones que muestran la relación entre la no expresividad emocional y el dolor (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch y Carson, 2001). Sin embargo, según estos autores son pocos los estudios que utilizan técnicas basadas en la conciencia y expresión de emociones. Por ello, creemos que es conveniente disponer de revisiones teóricas como la que hemos llevado a cabo para que no omitamos durante el tratamiento variables psicológicas clave en el proceso del dolor.

La relación entre los modelos teóricos y las técnicas terapéuticas debe ser bidireccional. No sólo las técnicas deben partir de los modelos teóricos, sino que durante la aplicación de las mismas se debe investigar tanto su efectividad como las variables que modulan dicha efectividad para de esta forma contrastar su sustento teórico. un claro ejemplo de este tipo de investigación sería el estudio realizado por Jensen y colaboradores, en el que se evaluaron tanto las creencias, como el catastrofismo, las estrategias de afrontamiento y varios parámetros de discapacidad en un grupo de 141 pacientes de un programa multidisciplinar (Jensen, Turner y Romano, 2001). Los resultados mostraron que las mejorías mostradas tras la terapia correlacionaban con los cambios en las creencias y catastrofismo. Concretamente, los pacientes que mostraron más mejoría fueron los que disminuyeron sus pensamientos catastrofistas, aumentaron las creencias de control sobre el dolor, y disminuyeron la creencia de que el dolor señala daño tisular. Existen otras investigaciones en esta misma línea que sustentan estos resultados (Burns, Kubilus,

Bruehl, Harden y Lofland, 2003). Así, este tipo de estudio permite dar sustento a los modelos cognitivo-conductuales como el presentado en este artículo.

En este trabajo hemos enfatizado la importancia de las variables psicológicas como factores explicativos del dolor y la discapacidad. Podríamos pensar que el análisis psicológico del dolor que hemos llevado a cabo en estas páginas es reduccionista al no tener en cuenta los factores biológicos. No incluir estos factores en el presente análisis no implica que consideremos el papel de las variables psicológicas más determinante que el de los factores biológicos. Simplemente, el estudio de los factores biológicos no ha sido objeto de nuestro trabajo.

Para finalizar solamente queremos resaltar que, aunque la abundante literatura sobre la relación entre factores psicológicos y dolor es más que concluyente, desgraciadamente la aplicación de tratamientos auténticamente interdisciplinarios es escasa (Loeser y Melzack, 2001), especialmente en nuestro país. Por este motivo, desde aquí queremos animar a que se diseñen y apliquen este tipo de terapias en nuestras clínicas y hospitales.

Cada día son más abundantes los estudios que muestran que los factores psicológicos juegan un papel clave en el proceso del dolor. Desde el campo del dolor se ha importado el modelo de estrés de Lazarus para el estudio de estos factores psicológicos. Esta teoría sugiere que el estrés que sufre un sujeto ante un evento potencialmente amenazante se debe a cómo lo evalúa y a cómo lo afronta. Traduciendo este modelo a la experiencia del dolor: el estímulo doloroso provocará más o menos discapacidad según cómo sea evaluado y afrontado. En el presente trabajo, realizamos una revisión de los trabajos más actuales en el campo del dolor articulándolos dentro del modelo de Lazarus.

En una segunda parte del artículo, describimos las técnicas interdisciplinarias que se emplean en el tratamiento del dolor crónico. Por último, animamos a que el modelo de Lazarus se emplee como guía para el diseño de futuras terapias.

Palabras clave: dolor crónico, modelo de Lazarus, evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, tratamiento interdisciplinar.

Nota de la autora:

Quiero agradecer a Tomás Blasco su atenta revisión del manuscrito.

Nota de la Redacción:

Este artículo apareció publicado por primera vez en el Anuario de Psicología, vol. 36, nº 1, 37-60 (2005), editado por la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. Agradecemos vivamente el permiso para su publicación en el presente monográfico de la Revista de Psicoterapia.

Referencias Bibliográficas

- ASHBURN, M. A. & STAATS, P. S. (1999). Pain: management of chronic pain. *Lancet*, 353, 186569 [pubmed]
- BISHOP, K. L., FERRARO, F. R. & BOROWIAK, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist*, 23 (1-2), 33-42.
- BIURRUN, A. & JUSUÉ, G. (1998). Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21 (1), 1-10.
- BROSSCHOT, J. F. (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (2), 113-121.
- BUER, N. & LINTON, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99 (3), 485-491.
- BURNS, J. W., KUBILUS, A., BRUEHL, S., HARDEN, R. N. & LOFLAND, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 81-91.
- CAMACHO, L. & ANARTE, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19 (3), 453-470.
- CARMONA, L., BALLINA, J., GABRIEL, R. & LAFFON, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 60 (11), 1040-1045.
- CASADO, M. I. & URBANO, M. P. (2001). Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 273-282.
- CATALÀ, E. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6 (2), 133-140.
- CIPHER, D. J., FERNÁNDEZ, E. & CLIFFORD, P. A. (2001). Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: comparison of three treatment groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8 (4), 237-244.
- CLAIBORNE, N. (2002). Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: a back education program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 25 (1), 61-70.
- COLLADO, A., TORRES, X., ARIAS, A., CERAD, D., VILARRASA, R., VALDÉS, M. & MUÑOZ-GÓMEZ, J. (2001). Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica*, 117, 401-405.
- COMECHE, M. I. & LASA, A. (2001). Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2 (4), 262-269.
- CRAUFURD, D. I. O., CREED, F., JAYSON, M. I. V. (1990). Life events and psychological disturbance in patients with low-back pain. *Spine*, 15, 490-494.
- CROMBEZ, G. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain on attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in patients with low back pain. *Pain Research and Management*, 7 (1), 31-44.
- CURRIE, S. R., WILSON, K. G. & CURRAN, D. (2002). Clinical significance and predictors of treatment response to cognitive behaviour therapy for insomnia secondary to chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (2), 135-153.
- DE BENEDETTIS G., LORENZETTI, A. & PIERI, A. (1990). The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain*, 40, 65-75.
- DERSH, J., POLATIN, P. B. & GATCHEL, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical consideration. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786.
- DÍAZ-SIBAJA, M. A., MARTÍN, A. & DÍAZ-GARCÍA, H.I. (2001). Aspectos comportamentales del dolor crónico. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 270-278.

- ESTEBAN, S. (1999). El dolor crónico y su abordaje interdisciplinar desde una residencia asistida. *Dolor*, 14, 193-210.
- ESTEVE, R., LÓPEZ, A. E. & RAMÍREZ, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Journal of Health Psychology*, 11 (1-2), 77-102.
- ESTEVE, R., RAMÍREZ, C. & LÓPEZ, A. E. (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 252-261.
- ESTEVE, R. & RAMÍREZ, C. (2003). *El desafío del dolor crónico*. Málaga: Aljibe.
- FINESTONE, H. M., STENN, P., DAVIES, F., STALKER, C., FRY, R. & KOUMANIS, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24 (4), 547-556.
- FISHBAIN, D. A. (2000). Rise for violent behavior in patients with chronic pain: evaluation and management in the pain facility setting. *Pain Medicine*, 1 (2), 140-155.
- FISHBAIN, D. A. (2002). The pain-depression relationship. *Psychosomatics*, 43 (3), 341.
- FISHER, B. J., HAYTHORNTHWAITTE, J. A., HEINBERG, L. J., CLARK, M. & REED, J. (2002). Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 146-156.
- FLOR, H., KNOST, B. & BIRBAUMER, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *Pain*, 95 (1-2), 111-118.
- FORDYCE, W., FOWLER, R. & DELATEUR, B. (1968). An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 6, 105-107.
- GATCHEL, R.J. (2001). A biopsychosocial overview of pretreatment screening of patients with pain. *Clinical Journal of Pain*, 17 (3), 192-199.
- GAY, M. C. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6 (1), 1-16.
- GOLDBER, R. T Y GOLDSTEIN, R. (2000). A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 22 (17), 756-763.
- GONZÁLEZ, F. (1999) ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*; 3 (3), 1-21.
- GÓMEZ, A. & MÉNDEZ, F. X. (2000). Aspectos actuales en la prevención de las lumbalgias. *Psicología Conductual*; 8 (1), 99-115.
- GÓRRIZ, F., GARRIDO, E. & ANDUEZA, A. (1999). El tratamiento psicológico del dolor crónico. *Huarte de San Juan. Psicología y Pedagogía*, 4-5, 175-196.
- GRANT, L. D., LONG, B. C. & WILLMS, J. D. (2002). Women's adaptation to chronic back pain: daily appraisals and coping strategies, personal characteristics and perceived spousal responses. *Journal of Health Psychology*, 7 (5), 545-564.
- GREEN, C. R., FLOWE-VALENCIA, H., ROSENBLUM, L. & TAIT, A. R. (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clinical Journal of Pain*, 17 (4), 359-364.
- GRISART, J. M. & VANDERLINDEN, M. (2001). Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain*, 94 (3), 305-313.
- HAWKINS, R. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
- JANSEN, S. A. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (2), 131-138.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A., ROMANO, J. M. & KAROLY, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47 (3), 249-283.
- JENSEN, M. P., TURNER, J. A. & ROMANO, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 655-662.
- JOLLEY, D., BUCHBINDER, R. & WYATT, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *British Medical Journal*, 7301 (322), 1516-1520.
- KEEFE, F. J., LUMLEY, M., ANDERSON, T., LYNCH, T. & CARSON, K. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.
- KERNS, R. D., ROSENBERG, R. & OTIS, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (2), 100-105.
- LAMBERG, L (2002). Effective pain treatment promotes activities. *Journal of the American Medical Association*, 288 (8), 948-949.

- LAMPE, A., SOLLNER, W., KRISMER, M., RUMPOLD, G., KANTNER RUMPLMAIR, W., OGOON, M. & RATHNER, G. (1998). The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 555-563.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LEBOVITS, A. (2002). Psychological issues in the assessment and management of chronic pain. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 5 (3), 19-21.
- LINTON, S. & RYBERG, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90 (1-2), 83-90.
- LOESER, J. D. & MELZACK, R. (1999) Pain an overview. *Lancet*, 353 (91648), 1607-1609.
- MARTÍN-ARAGÓN, M., PASTOR, M. A., RODRÍGUEZ-MARÍN, J., MARCH, M. J., LLEDÓ, A., LÓPEZ-ROIG, S. & TEROL, M. C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la Chronic pain self-efficacy scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11 (1-2), 53-75.
- MAS, B. & COMECHE, M. I. (2001). Aspectos psicofisiológicos implicados en el dolor crónico. *Actualizaciones en Dolor*, 2 (4), 241-251.
- MAYR, C. R., ROSE, M. J. & JOHNSTONE, F. C. W. (2000). Dealing with doubt: how patients account for non-specific chronic low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 223-225.
- MAYR, M., HOGGLER, S., GHEDINA, W. & BEREK, K. (2003). Low back pain and psychiatric disorders. *Lancet*, 361, 9356 [pubmed].
- MCBETH, J., MORRIS, S., BENJAMIN, S., SILMAN, A. J. & MACFARLANE, G. J. (2001). Associations between adverse events in childhood and chronic widespread pain in adulthood: are they explained by differential recall? *Journal of Rheumatology*, 28 (10), 2305-2309.
- MCCRACKEN, L. M., GOETSCH, V. L. & SEMENCHUK, E. M. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral Medicine*, 24 (1), 29-34.
- MELZACK, R. & WALL, P. D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- MIDDAUGH, S. J. & PAWLICK, K. (2002). Biofeedback and behavioral treatment of persistent pain in the older adult: a review and a study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 (3), 185-202.
- MIRÓ, J. (2001). Dolor crónico: el reto de la prevención. *Revista de Psicología de la Salud*, 13 (1), 25-46.
- MOIX, J. (1990). Estrategias de afrontamiento: consideraciones críticas sobre su concepto y formas de medición. *Psicologemas*, 4 (8), 195-205.
- MOIX, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 525-532.
- MOIX, J. (2003). Eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Dolor: Investigación, Clínica y Terapéutica*, 18 (3), 149-157.
- MOORE, J. E., VON-KORFF, M., CHERKIN, D., SAUNDERS, K. & LORIG, K. (2000). A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care. *Pain*, 88 (2), 145-153.
- PASTOR, M. A., MARTÍN-ARAGÓN, M. & LLEDÓ, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (2), 111-125.
- PASTOR, M. A., PONS, N., LLEDÓ, A., MARTÍN-ARAGÓN, M., LÓPEZ-ROIG, S., TEROL, M. C. & RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (2003). *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia*. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide
- PHELAN, E. A., DEYO, R. A., CHERKIN, D. C., WEINSTEIN, J. A., CIOL, M. A., KREUTER, W. & HOWE, J. F. (2001). Helping patients decide about back surgery: a randomized trial of an interactive video program. *Spine*, 26 (2), 206-211.
- PINCUS, T. & MORLEY, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: a review and integration. *Psychological Bulletin*, 127 (5), 599-617.
- RAMÍREZ, C. (2002). Las características personales de la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- RAMÍREZ, C., ESTEVE, R. & LÓPEZ, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17 (1), 129-137.
- REEVES, J. L. (2000). Depression determines illness conviction and pain impact: a structural equation modeling analysis. *Pain Medicine*, 1 (3), 238-246.
- RILEY, J., ROBINSON, M. E., WADE, J. B., MYERS, C. D. & PRICE, D. D. (2001). Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. *Journal of Pain*, 2, 354-359.

- RODRÍGUEZ-PARRA, M. J., ESTEVE, R. E. & LÓPEZ, A. E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 391-418.
- ROELOFS, J., PETERS, M. L., ZEEGERS, M. P. & VLAEYEN, J. W. (2002). The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related stimuli among chronic pain patients: a meta-analysis. *European Journal of Pain*, 6 (4), 273-281.
- ROMANO, J. M., JENSEN, M. P., TURNER, J. A., GOOD A. B. & HOPS, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.
- ROTH, R. S. & GEISSER, M. E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain related cognitions. *Clinical Journal of Pain*, 18 (5), 286-296.
- SERRANO, M., CAÑAS, A., SERRANO, C., GARCÍA, P. L. & CABALLERO, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- SEVEREIJNS, R., VLAEYEN, J. W., VAN DEN HOUT, M. A. & WEBER, W. E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, 17 (2), 165-172.
- SHARP, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.
- STRONG, J., WESTBURY, K., SMITH, G., MCKENZIE, I. & RYAN, W. (2002). Treatment outcome in individuals with chronic pain: is the pain stages of change questionnaire a useful tool? *Pain*, 97 (1-2), 65-73.
- SUFKA, K. J. (2000). Chronic pain explained. *Brain and Mind*, 1 (2), 155-179.
- SULLIVAN, M. J. L., BISHOP, S. R. & PIVIK, J. (1995). The pain catastrophizing scales: development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524-532.
- SULLIVAN, M. J. L., SULLIVAN, M. E. & ADAMS, H. M. (2002). Stage of chronicity and cognitive correlates of pain-related disability. *Cognitive Behavior Therapy*, 32 (3), 111-118.
- TAN, G., JENSEN, M. P., ROBINSON, W. S., THORNBY, J. I. & MONGA, T. N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90 (1-2), 127-133.
- THORN, B. E., BOTHBY, J. L. & SULLIVAN, M. J. L. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (2), 127-138.
- THUNBERG, K. A., CARLSSON, S. G. & HALLBERG, L. R. M. (2001). Health care professionals' understanding of chronic pain: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (1), 99-105.
- TURK, D. C. (2001a). Combining somatic and psychosocial treatment for chronic pain patients: perhaps 1+1 does=3. *Clinical Journal of Pain*, 17 (4), 281-283.
- TURK, D. C. (2001b). Treatment of chronic pain: clinical outcomes, cost-effectiveness and cost benefits. *Drug-Benefit Trends*, 13 (9), 36-38.
- TURK, D. C. & OKIFUJI, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 678-690.
- TURNER, J. A., JENSEN, M. P. & ROMANO, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- TURNER, J. A., JENSEN, M. P., WARMS, C. A. & CARDENAS, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98 (1-2), 127-134.
- VALLEJO, M. A. & COMECHE M. I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- VAN-DEN-HOUT, J. H. C., VLAEYEN, J. W. S., HEUTS, P. H. T. G., SILLEN, W. J. T. & WILLEN, A. J. E. (2001). Functional disability in nonspecific low back pain: the role of pain-related fear and problem-solving skills. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8 (2), 134-148.
- VLAEYEN, J. W., DE JONG, J. R., ONGHENA, P., KERKHOFHS-HANSSSEN, M. & KOLE-SNIJDERS, A. M. (2002). Can pain related fear be reduced? The application of cognitive-behavioral exposure in vivo. *Pain Research and Management*, 7 (3), 144-153.
- VON-KORFF, M., MOORE, J. E., LORIG, K., CHERKIN, D. C., SAUNDERS, K., GONZALEZ, V. M., LAURENT, D., RUTTER, C. & COMITE, F. (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23, 2608-2615.
- WALSH, D. A. & RADCLIFFE, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97 (1-2), 23-31.
- WITTY, T. E., HEPPNER, P. P., BERNARD, C. B. & THORESON, R. W. (2001). Problem-solving appraisal and psychological adjustment of persons with chronic low-back pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 8 (3), 149-160.

CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DEL DOLOR: ¿DEPENDE LA CALIDAD DE VIDA DEL TIPO DE DOLOR?

Soriano J*, Monsalve V**, Gómez-Carretero P***.

Universidad de Valencia

jose.f.soriano@uv.es

In the last decades the concept of Quality of Life (QoL) is being used more and more as the control of the effect of the disease and the perceived benefit of the treatments. In the field of chronic pain, the existence of different profiles of QoL has been considered; nevertheless, literature does not emphasize the importance of the appraisal in this process. In this study we try to verify if the distinction between the kind of pain (somatic pain versus neuropathic pain) is sufficient criteria when distinguishing the QoL of the patient, and to verify the role of the appraisal as mediating process between the symptom and the affection in the same one. The sample was 138 randomized patients from the Pain Unit of the General University Hospital. The sample showed a set of questions related with the vision of the form the patient to value the suffering pain, as well as to questionnaire of Quality of Life in his second reduced version (I calidad de vida-2R). The differences in QoL between patients with somatic pain and neuropathic pain and the appraisal importance in these differences were analyzed. The obtained results suggest that quality of life is related widely to the appraisal that the individual feels about his own situation, in this case the pain that it's suffering.

Key Words: Appraisal, Quality of Life, Chronic Pain, Descriptive Study Through Inquiry.

1- Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida, como “La percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses” (WHO, 1993). En general, los estudios basados en muestras de pacientes con diferentes diagnósticos de dolor muestran que este síntoma provoca una significativa disminución en la calidad de vida del que lo padece (Becker y cols, 1997; Garratt y cols, 1993; Hagen, Kvien y Bjorndal, 1997; Skevington, 1998). Estos estudios también plantean que el dolor no solamente

afecta al índice general de calidad de vida, sino también a cada una de sus dimensiones. Las áreas más afectadas son la física, seguidas de las áreas emocionales, social y cognitiva, mientras que las facetas de calidad de vida más afectadas incluyen la movilidad, la capacidad de trabajo, las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo negativo, sueño, la dependencia de la medicación y la seguridad física. Skevington (1998), en un estudio donde se evalúa la calidad de vida mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL) encuentra que el dolor correlaciona negativamente con las dimensiones de estado físico (incluyendo el discomfort, la falta de energía y la fatiga, la actividad sexual, y el sueño), bienestar psicológico (incluyendo el afecto positivo, las actividades cognitivas y la autoestima), el nivel de independencia (incluyendo la movilidad, las actividades de la vida diaria y la dependencia a los medicamentos) y el entorno de salud y servicios (seguridad física, posibilidad de cuidados sociales y satisfacción en el trabajo). Otros autores, utilizando cuestionarios de salud han encontrado que las áreas más afectadas de la calidad de vida eran el afecto negativo, la ansiedad y la depresión seguido del funcionamiento social y el bienestar psicológico (Becker y cols, 1997).

En definitiva, el dolor afecta al bienestar y a la capacidad funcional en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, aunque no al mismo nivel en cada una de ellas. Para Kreitler y Niv (2002) esto implica, en primer lugar, que los pacientes con dolor experimentan distintos aspectos de su vida de forma diferencial a los pacientes sin dolor. Segundo, que el tratamiento del dolor requiere abordar las diversas áreas afectadas por el mismo, inicialmente por las más afectadas y por aquellas que puedan ser más fácilmente manejables y que puedan favorecer un cambio en la percepción de paciente respecto a su calidad de vida. Tercero, se debe ayudar al paciente con dolor a centrarse en las áreas de la calidad de vida menos afectadas por el mismo y que puedan proporcionarle mayor habilidad para afrontar el síntoma y moderar el efecto del mismo en la percepción de calidad de vida global.

La calidad de vida recoge una serie de características que la definen. En un artículo de revisión de García-Riaño e Ibáñez (1992) describen estas características. En primer lugar es un concepto multidimensional que no puede limitarse solamente a la dimensión fisiológica, o económica, o social, etc., sino al conjunto de todas ellas. En segundo lugar es bipolar en cuanto se valora en un continuo cuyos extremos (positivo/negativo) van más allá de la realidad, puesto que son extremos inalcanzables. Y tiene un componente subjetivo relevante, subjetividad referida a la valoración y a los indicadores o determinantes de la calidad de vida. Además se añade una característica relevante que cobra importancia en el ámbito de la Salud. Estos autores describen la calidad de vida como “La valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa, considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante”. Por un lado subrayan la condición cambiante de la calidad de vida, y de la misma manera que un suceso puede alterarla

en el momento actual, también altera la visión del pasado y la previsión del futuro. De la misma manera contribuir a la calidad de vida del individuo en el momento actual puede convertirse en una contribución al pasado y futuro del mismo. Por otro lado se subraya la importancia del concepto de valoración en este proceso.

Desde una perspectiva diferente y centrándose en el aspecto emocional, el modelo transaccional cognitivo propuesto por Lazarus y Folkman (1984) hace ya más de dos décadas, planteó que el concepto de valoración resultaba ser el elemento básico sobre el que descansaba dicho modelo transaccional-cognitivo de la emoción. Al respecto se consideró que era el aspecto más importante de todo el proceso emocional llegando a plantearse lo inadecuado de planteamientos centrados en las características situacionales y/o las respuestas que el individuo manifestaba, al considerar la circularidad existente entre ambos (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999). Sin entrar en detalles, la valoración constituye un proceso complejo por medio del cual el individuo evalúa en qué forma le afecta una situación y cómo puede hacerle frente. En el mismo hilo argumental el alto grado de subjetividad que representa la consideración de la calidad de vida para un individuo hace que, nuevamente, desplacemos la atención sobre la valoración que, junto al concepto de afrontamiento, constituyen dos de los aspectos fundamentales a la hora de explicar las respuestas emocionales (Folkman y Lazarus, 1988).

La importancia del proceso de valoración en enfermos con dolor crónico ya ha quedado establecida en trabajos anteriores (Soriano y Monsalve, 1999; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005a, Soucase, Monsalve y Soriano, 2005b), en donde el control, el desafío, la posibilidad de actuar sobre el dolor o el grado de capacitación autoatribuida, entre otros, se revelaban como elementos determinantes en el predominio de emociones positivas o negativas de estos enfermos ante el dolor crónico. A su vez, otros autores han relacionado cierto tipo de valoraciones (como el catastrofismo) con una influencia negativa en los tratamientos médicos y, por tanto, las estrategias dirigidas al control de la valoración del paciente respecto al dolor podía tener un efecto positivo en dichos tratamientos (Samwel, et al 2000).

Respecto a la relación entre valoración y calidad de vida, recientemente Lamé y colaboradores (2005), estudiaron en un grupo heterogéneo de pacientes con dolor crónico, la relación entre creencias sobre el dolor en general y calidad de vida. Estos autores concluyen que la valoración actúa como proceso mediador de la calidad de vida, en mayor medida que la intensidad del dolor.

En otros trabajos se ha planteado la existencia de diferentes perfiles de calidad de vida según el tipo de dolor, tal es el caso del dolor neuropático (Meyer-Rosenberg, 2001a, 2001b), sin embargo, no existe en la literatura estudios que planteen cuál es la importancia de la valoración en este proceso. Desde el estudio y tratamiento del dolor crónico como enfermedad y no como síntoma, es clave la diferenciación del tipo de dolor, puesto que en ella se basa la utilización de estrategias terapéuticas diferenciales para el alivio del mismo.

En este estudio se pretende comprobar si la distinción entre el tipo de dolor (en nuestro caso, dolor somático vs. dolor neuropático) es suficiente criterio a la hora de diferenciar la calidad de vida del enfermo, y cuál es el papel de la valoración como proceso mediador entre el síntoma y la afectación a la misma.

2- Material y Método:

2.1 Método:

Se estudió una serie consecutiva de pacientes de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, tras la primera valoración física por parte del equipo médico. La muestra contestó a un conjunto de preguntas referidas a la forma que tenía el paciente de valorar el dolor que padece, así como al Inventario de calidad de vida en su segunda versión reducida (I calidad de vida-2R) (García-Riaño, 1998).

Dado el interés en comparar las relaciones existentes entre la clasificación en dolor somático y neuropático y la calidad de vida de los sujetos evaluados, se procedió en primer lugar dividiendo la muestra en dos grupos en función del dolor: grupo de dolor somático y grupo de dolor neuropático. Dichos grupos se elaboraron a partir de los diagnósticos establecidos por el staff médico de la Unidad de Dolor, siguiendo los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (Merskey y Bogduk, 1994). El dolor somático es aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones o ligamentos. Es un dolor bien localizado y caracterizado por sensaciones descritas como profundo, opresivo, quemante o punzante. El dolor neuropático suele ser resultado de lesiones a nivel del sistema nervioso central o periférico. Suele caracterizarse por una presentación espontánea y por una reducción del umbral del dolor a estímulos de baja intensidad (por ejemplo, el roce de la piel). Suele describirse como superficial, agudo y eléctrico (Bonica, 1990).

Una vez establecida la homogeneidad de los grupos se procedió comparando las medidas de calidad de vida obtenidas en cada uno de los grupos.

Para cada grupo se analizaron los valores de las subescalas del cuestionario I calidad de vida, estableciéndose las diferencias con significación estadística existentes entre los dos grupos.

A continuación, partiendo de la misma muestra, los sujetos se redistribuyeron nuevamente en dos grupos. En este caso los grupos se formaron mediante las semejanzas existentes entre los sujetos, teniendo en cuenta la valoración que hacen del dolor y prescindiendo de la clasificación realizada anteriormente. Para elaborar esta segunda clasificación se aplicó la técnica de análisis cluster con el método k-means (dos grupos), de manera que los grupos obtenidos muestran la máxima similitud interna manteniendo la máxima diferencia entre ellos. A partir de las valoraciones de los enfermos los dos grupos se han denominado “grupo adaptado” y “grupo desadaptado”, procediendo a calcular las posibles diferencias existentes entre la calidad de vida de los sujetos del estudio.

2.2 Instrumentos de medida:

2.2.1 Valoración:

Todos los enfermos contestaron a un conjunto de preguntas referidas a la forma en que valoraban el dolor que padecían. Dichas preguntas se evaluaron mediante una escala de 5 puntos (en absoluto-totalmente). Las preguntas formuladas fueron las siguientes:

1) la medicación me quita el dolor; 2) tengo que aceptar el dolor; 3) el dolor depende de mí; 4) antes de actuar considero lo que he de hacer; 5) tengo ganas de ir al médico; 6) puedo controlar el dolor; 7) la situación me desborda; 8) el dolor supera mis recursos; 9) el dolor limita mi vida; 10) puedo disminuir el dolor; 11) puedo anticipar cuándo me va a doler; 12) puedo cambiar el dolor o hacer algo para disminuirlo; 13) quiero expresar emociones y no puedo; 14) sé lo que puedo hacer ante el dolor; 15) estoy muy preocupado por el dolor; 16) el dolor se solucionará en breve; 17) hay medios para solucionar el dolor; 18) tengo medios a mi alcance para reducir el dolor; 19) tengo miedo de que el dolor no tenga solución y 20) el dolor supera mis posibilidades.

2.2.2. Calidad de vida:

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Inventario de calidad de vida de García-Riaño en su segunda versión (I calidad de vida-2R) (García-Riaño, 1998). Este es un inventario compuesto por 65 ítems que se contesta mediante una escala tipo likert de acuerdo-desacuerdo y que recoge los siguientes factores: *Afecto positivo (AF)*, *Familia(F)*, *Religiosidad(R)*, *Salud Física(SF)*, *Sexualidad(SE)*, *Economía(E)*, *Relaciones emocionales(RE)*, *Cultura(C)*, *Laboral(L)*, *Social(S)*, *Ansiedad(A)*, *Depresión(D)*, y *Pérdida de control(PC)*. Además también recoge un índice general de calidad de vida (IG calidad de vida). Este inventario ha sido diseñado para su uso tanto con muestra de población normal, como con muestra de pacientes crónicos, mostrando unos índices de fiabilidad y validez adecuados.

3- Resultados:

3.1 Muestra:

Se analizaron 138 pacientes con diagnóstico de dolor crónico. 79 sujetos fueron diagnosticados con dolor somático, con una media de edad de 53,95 años (d.t. 12,46), de los cuales 68 fueron mujeres (86,1%). La distribución del nivel de estudios de este grupo fue la siguiente: el 67,1% estudios primarios, el 19% bachiller, el 5,1% universitarios y el 8,9% no sabía leer ni escribir. En cuanto al estado civil el 73,4% (n=58) eran casados y el resto configurado por solteros, viudos y separados.

Por otra parte, 59 sujetos fueron diagnosticados con dolor neuropático, con una media de edad de 51,93 años (d.t. 14,38), de los cuales 33 fueron mujeres (55,9%). La distribución del nivel de estudios del grupo fue la siguiente: el 61%

posee estudios primarios, el 17,8% estudios al nivel de bachiller, el 15,3% universitarios y el 5,1% no sabía leer ni escribir. En relación con su estado civil el 74,6% (n=44) eran casados, mientras que el resto solteros, viudos o separados.

3.2 Diferencias entre el grupo dolor somático vs dolor neuropático:

El punto de partida fue la doble agrupación establecida en función del diagnóstico realizado por el staff médico de la Unidad de Dolor: dolor somático vs. dolor neuropático.

En primer lugar se procedió descartando las posibles diferencias existentes entre los dos grupos con relación a la edad y al nivel de estudios. Tras aplicar la prueba de contraste U de Mann-Whitney con respecto a la edad se obtiene un valor de 2052,500 ($p=,231$), mientras que en relación al nivel de estudios el valor de U es de 2013,500 ($p=,110$). Ello supone la inexistencia de diferencias entre el grupo somático y el neuropático en cuanto a la edad o al nivel de estudios.

En segundo lugar, no se hallaron diferencias significativas en calidad de vida intra grupo entre varones y mujeres en el grupo somático ni tampoco en el grupo neuropático, con lo que se descarta que los resultados puedan deberse a diferencias entre hombres y mujeres, de manera que desde la perspectiva del sexo/género los grupos aparecen homogéneos internamente.

En tercer lugar se compararon los dos grupos respecto a las 20 variables de valoración del dolor anteriormente descritas, no apareciendo ninguna diferencia significativa entre dichos grupos, tras la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney.

Al comparar las puntuaciones de ambos grupos en todas las escalas de calidad de vida contenidas en el I calidad de vida-2R aparecen diferencias significativas en las escalas de depresión ($U=1861,500$; $p=,043$), puntuando más alto el grupo somático (12,32) frente al grupo neuropático (10,79); también aparecen diferencias en la escala sexual ($U=1865,500$; $p=,045$), puntuando más alto el grupo neuropático (19,42) frente al somático (17,97).

3.3 Análisis Cluster:

Las variables que resultaron útiles para discriminar entre los grupos se recogen en la Tabla I, en donde se eliminaron las siguientes variables de valoración por no resultar útiles en la clasificación entre los 2 grupos obtenidos: *Tengo que aceptar el dolor*, *Antes de actuar considero lo que hay que hacer*, *Tengo ganas de ir al médico*, *La situación me desborda*.

Dado que las variables se puntuaron sobre una escala de cinco puntos (1 a 5), puede observarse que de los dos grupos obtenidos el grupo I considera el dolor con una valoración mucho más adaptativa al puntuar de forma promedia que la medicación le quita en mayor grado el dolor, que depende de lo que haga el enfermo, que tiene más control sobre el dolor o que supera en menor grado sus recursos, entre

Tabla I. Análisis Cluster.
Análisis de varianza entre los grupos y significación de las variables empleadas

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
La medicación me quita dolor	35,253	1	,832	135	42,376	,000
Dolor depende de mí	28,674	1	1,346	135	21,311	,000
Tengo control del dolor	48,681	1	,824	135	59,052	,000
Supera mis recursos	46,998	1	,868	135	54,120	,000
Limita mi vida	33,541	1	1,247	135	26,889	,000
Puedo disminuir el dolor	22,047	1	,763	135	28,895	,000
Puedo anticipar cuándo va a doler	7,935	1	1,105	135	7,184	,008
Puedo cambiar el dolor o hacer algo	12,772	1	,706	135	18,100	,000
Quiero expresar emociones y no puedo	14,864	1	1,830	135	8,124	,005
Sé lo que puedo hacer	43,993	1	1,438	135	30,592	,000
Muy preocupado por el dolor	34,002	1	1,097	135	30,995	,000
El dolor se solucionará en breve	8,703	1	1,572	135	5,538	,020
Hay medios para el dolor	12,426	1	1,519	135	8,179	,005
Tengo medios a mi alcance	21,915	1	1,238	135	17,706	,000
Miedo de que no tenga solución	44,061	1	1,947	135	22,628	,000
Supera mis posibilidades	45,224	1	,888	135	50,926	,000

otras. Por ello este primer grupo se le ha denominado como “grupo de adaptación” sobre el dolor, mientras que al grupo 2 se le puede considerar como el “desadaptado” comparativamente con el grupo 1, como puede apreciarse en la tabla II:

El grupo 1 (adaptados) se encuentra compuesto enfermos que tienen las siguientes características sociodemográficas: edad 56,15 (d.t.12,68), siendo el 75,5% de mujeres (n=40), con el 56,6% de estudios primarios y siendo casados el 75,5%. El tipo de dolor en este grupo se distribuyeron de la siguiente manera: el 58,5% (n=31) con dolor somático y el 41,5% (n=22) dolor neuropático.

El grupo 2 (desadaptados) se encuentra compuesto por enfermos que presentan las siguientes características: edad 51,21 (d.t.13,47), siendo el 71,4% de mujeres (n=60), que presentan el 70,2% de estudios primarios, siendo casados el 72,76%. El tipo de dolor de este grupo se distribuye de la siguiente forma: el 56% (n=47) presenta dolor somático y el 44% restante (n=37) dolor neuropático.

Nuevamente se buscaron las diferencias entre la edad, nivel de estudios y estado civil entre ambos grupos, no apareciendo significación estadística entre ninguna de las tres medidas.

Tabla II. Análisis Cluster.

Puntuaciones medias de los dos grupos en las variables de valoración.

	Conglomerado	
	1	2
<i>La medicación me quita el dolor</i>	3	2
<i>Dolor depende de mí</i>	3	2
<i>Tengo control del dolor</i>	3	2
<i>Supera mis recursos</i>	3	4
<i>Limita mi vida</i>	3	4
<i>Puedo disminuir el dolor</i>	2	1
<i>Puedo anticipar cuándo va a doler</i>	2	2
<i>Puedo cambiar el dolor o hacer algo</i>	2	1
<i>Quiero expresar emociones y no puedo</i>	2	3
<i>Sé lo que puedo hacer</i>	4	3
<i>Muy preocupado por el dolor</i>	3	4
<i>El dolor se solucionará en breve</i>	3	2
<i>Hay medios para el dolor</i>	3	3
<i>Tengo medios a mi alcance</i>	4	3
<i>Miedo de que no tenga solución</i>	2	3
<i>Supera mis posibilidades</i>	3	4

Partiendo de estos dos grupos (adaptado vs. desadaptado), se realizó una comparación con la calidad de vida manifestada en cada uno de ellos. Se aplicó el estadístico de U de Mann Whitney obteniendo los siguientes resultados: El grupo “adaptado” con relación al “desadaptado” recibe más afecto, está menos deprimido, tiene más salud física, se valora mejor económicamente y obtiene una puntuación mayor en calidad de vida total

4- Discusión:

La diferenciación entre tipos de dolor ha sido y es, desde el ámbito médico, criterio necesario a la hora de abordar el tratamiento y alivio del mismo. Algunos autores han propuesto que esta diferenciación, además, puede considerarse un criterio para describir el perfil diferencial de calidad de vida de los sujetos (Meyer-Rosenberg, 2001a, 2001b).

Sin embargo, los datos aquí presentados apuntan la posibilidad de prescindir de la clasificación del tipo dolor a la hora de considerar la calidad de vida del enfermo. El grupo diagnosticado bajo el rótulo de dolor somático está más deprimido y tiene menor calidad de vida sexual que el grupo diagnosticado con dolor neuropático. En esta clasificación no aparecen diferencias de género, de edad

Tabla III. Comparación en calidad de vida entre los grupos “adaptado” y “desadaptado” según la valoración del dolor.

	Grupo 1 “adaptados” (media)	Grupo 2 “desadaptados” (media)	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
<i>C.V.AFEC</i>	18,9811	15,3452	1308,500	4878,500	-4,063	,000
<i>C.V.ANSI</i>	14,2075	15,3690	1928,500	3359,500	-1,318	,187
<i>C.V.P.CO</i>	15,0943	15,3214	2184,500	3615,500	-,184	,854
<i>C.V.DEPR</i>	10,2642	12,5952	1557,500	2988,500	-2,963	,003
<i>C.V.R.EM</i>	20,9811	19,2619	1851,500	5421,500	-1,665	,096
<i>C.V.FAMI</i>	19,9811	19,7976	2183,500	3614,500	-,189	,850
<i>C.V.SALU</i>	14,2264	12,1205	1588,000	5074,000	-2,736	,006
<i>C.V.SEXU</i>	18,4340	18,6667	2156,500	3587,500	-,308	,758
<i>C.V.SOCI</i>	20,9245	20,0000	1941,000	5511,000	-1,267	,205
<i>C.V.CULT</i>	17,1698	16,7262	2114,000	5684,000	-,496	,620
<i>C.V.ECON</i>	20,3962	18,5714	1767,500	5337,500	-2,039	,041
<i>C.V.LABO</i>	19,0755	18,2651	1897,500	5383,500	-1,354	,176
<i>C.V.RELI</i>	15,0943	15,4762	2168,500	3599,500	-,255	,799
<i>IG calidad de vida</i>	145,6981	131,7805	1583,500	4986,500	-2,657	,008

ni tampoco con relación al estado civil del enfermo.

Sin embargo, al prescindir del tipo de dolor y al clasificar a los enfermos según su forma de valorar el dolor, hay que considerar algunos aspectos. En primer lugar no aparecen diferencias en género, edad o estado civil en cuanto a la calidad de vida de los enfermos. Nuevamente parece que este tipo de variables no afecta a la hora de considerar la calidad de vida. En segundo lugar, al obtener grupos en función de la valoración del dolor no parece afectar el tipo de dolor en la calidad de vida del enfermo, distribuyéndose la muestra prácticamente al 50% con los dos tipos de dolor. Es decir, la valoración del dolor resulta independiente del tipo de dolor que tenga el enfermo: somático o neuropático. En tercer lugar, al obtener grupos en función de la valoración del dolor aparecen más diferencias en cuanto a la valoración de la calidad de vida. El grupo que se considera “adaptado” teniendo en cuenta la forma de valorar el dolor recibe más afecto, está menos deprimido, considera que tiene mejor salud física y valora más positivamente su situación económica, además de puntuar más alto en calidad de vida total.

Ello implica que la calidad de vida está relacionada ampliamente con la valoración que realiza el individuo de su situación, en este caso del dolor que padece. Evidentemente, la valoración no es la única variable que está afectando a la calidad de vida del enfermo, aspecto que se apuntaba en trabajos anteriores

(Soriano y Monsalve, 1999; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005a, Soucase, Monsalve y Soriano, 2005b). Por otra parte, hay que considerar las variables que puedan explicar el porqué un individuo valora una situación, como puede ser el dolor, de una determinada manera. Si atendemos al modelo teórico que hemos seguido en este trabajo (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999), hay que considerar que nos encontramos ante un proceso complejo, en el que interviene una gran cantidad de elementos de tipo situacional (novedad, ambigüedad, temporalidad, inminencia, etc.) y de tipo personal (creencias y compromisos), además de otros aspectos poco contemplados en este modelo como son las características de personalidad.

Queda lejos de este trabajo establecer los motivos subyacentes a la valoración del dolor, sin embargo, sí que se pone de manifiesto la importancia que ésta tiene a la hora de considerar la calidad de vida del enfermo.

Probablemente, uno de los aspectos más importantes resulte ser el tener en consideración que la valoración que realiza el enfermo del dolor es independiente del tipo de dolor que padezca, lo cual no implica en ningún caso la utilidad que dicha distinción pueda tener para otros fines, como puedan ser los propiamente diagnósticos y terapéuticos, así como para otro tipo de procesos o respuestas psicológicas, pero nuevamente se subraya la importancia de considerar los aspectos cognitivos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de una experiencia multidimensional como es la del dolor.

En las últimas décadas el concepto de calidad de vida (calidad de vida) ha sido cada vez más utilizado como control del efecto de la enfermedad en las personas y del beneficio percibido de los tratamientos. En el ámbito del dolor crónico, se ha planteado la existencia de diferentes perfiles de calidad de vida, sin embargo, no existe en la literatura estudios que planteen cuál es la importancia de la valoración en este proceso. En este estudio se pretende comprobar si la distinción entre el tipo de dolor (dolor somático vs. dolor neuropático) es suficiente criterio a la hora de diferenciar la calidad de vida del enfermo, y cual es el papel de la valoración como proceso mediador entre el síntoma y la afectación en la misma. Se estudió una muestra de 138 pacientes seleccionada aleatoriamente de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. La muestra contestó a un conjunto de preguntas referidas a la forma que tenía el enfermo de valorar el dolor que padece, así como al cuestionario I calidad de vida de calidad de vida en su segunda versión reducida (I calidad de vida-2R). Se analizaron las diferencias en la calidad de vida entre pacientes con dolor somático y pacientes con dolor neuropático y la importancia de la valoración en estas diferencias. Los resultados obtenidos sugieren que la calidad de vida está relacionada ampliamente con la valoración que realiza el individuo de su situación, en este caso del dolor que padece.

Palabras Clave: Valoración, calidad de vida, Dolor Crónico, Estudio Descriptivo mediante Encuesta.

Nota sobre los autores:

* Profesor Titular. Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

** Psicólogo Adjunto. Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

*** Psicóloga. Becaria de Investigación de la Universidad de Valencia. Colaboradora científica de Investigación de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio del Dolor (FUNDOLOR). España.

Referencias bibliográficas:

- BECKER, N. THOMSEN, A.B. OLSEN, A.K. SJOGREN, P. BECH, P. ERIKSEN J. (1997) Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73:393-400
- BONICA J.J. (1990) Definitions and taxonomy of pain. En J.J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain*. 2ª Ed. Vol. 1. (pp. 18-27). New York, Lea & Febiger.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3): 466-475.
- GARCIA-RIAÑO, D. (1998) Inventario de calidad de vida: I.C.V.-R2. *Anales de Psiquiatría*, 14(8): 358-76.
- GARCÍA-RIAÑO, D., IBÁÑEZ, E. (1992) calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 19(4): 148-161.
- GARRATT, A.M., RUTA, D.A., ABDALLA, M.I. BUCKINGHAM, JK. RUSELL, IT. (1993) The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *British Medical Journal*, 306: 1440-1444.
- HAGEN, K.B., KVIEN, T.K., BJORN DAL, A. (1997) Musculoskeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to rheumatoid arthritis: A population survey. *Journal of Rheumatology*, 24:1703-1709.
- KREITLER, S., NIV, D. (2002) Quality of Life in Chronic Pain Patients. *International Monitor of Regional Anaesthesia and Pain Therapy*, 14(4): 3-8.
- LAMÉ, I.E., PETERS, M.L., VLAEYEN J.W.S., KLEEF, M. PATIJN J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9: 15-24.
- LAZARUS, R., FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. N.Y., Springer (trad. española Estrés y Procesos Cognitivos, Martínez Roca, 1986).
- LAZARUS, R. (1999) *Stress and emotion. A new synthesis*. Springer, N.Y.
- MERSKEY, H., BOGDUK, N. (1994) *Classification of Chronic Pain*. IASP PRESS, Seattle, 39-59.
- MEYER-ROSENBERG, K., KVARNSTRÖM, A., KINNMAN, E., GORDH, T., NORD, K.A. (2001a) Pheripheral neuropathic pain: A multidimensional burden for patients. *European Journal of Pain*, 5(4): 379-89.
- MEYER-ROSENBERG, K., BURCKHARDT, C.S., HUIZAR, K., KVARNSTRÖM, A., NORD, K.A. (2001b) A comparison of the SF-36 and Nottingham Health Profile in patients with chronic neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 5(4): 391-403.
- SAMWEL, H., SLAPPENDEL, R., CRUL, B.J., VOERMAN V.F. (2000). Psychological predictors of the effectiveness of radiofrequency lesioning of the cervical spinal dorsal ganglion (RF-DRG). *European Journal of Pain*, 4(2): 149-155.
- SKEVINGTON, S.M. (1998) Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*, 76:395-406.
- SORIANO, J., MONSALVE, V. (1999) Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- SOUCASE, B., SORIANO, J., MONSALVE, V. (2005a): Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.
- SOUCASE, B., MONSALVE, V., SORIANO, J. (2005b): Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista Española del Dolor*, 12, 8-16.
- WHO (1993). Group Study Protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2: 153-159.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

Consejo Editorial: Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2007 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2007 (números 69-72): 45 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 65-68).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2007. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2005 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)
C./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LAS UNIDADES DEL DOLOR: CUATRO EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Sonia Tapia Melendo, Berta Sugrañes, Alba Peñarroya, Maika Bakaikoa, Dani Borrell, Ricard Semis.

soniatm@copc.es

Different experiences about psychological interventions with patients who suffer of chronic pain, developed in public clinical units, are exposed in this article. The authors put forward programs for specific work with individuals, couple and family. The interventions follow group and individual formats for educative and therapeutic purposes.

Key words: Chronich pain, clinical units, public hospitals, psychological interventions.

Presentación del equipo

A modo de presentación, diremos de nosotros que partimos de una formación y experiencia como psicoterapeutas constructivistas, sistémicos y humanistas, y que, por diferentes motivos y andaduras hemos llegado al mundo vivencial del dolor con más preguntas que respuestas, y en ello estamos. Como amateurs ansiosos de crecer, y con algunas historias que contar, nos aventuramos ahora en este artículo a compartir con vosotros lo que hemos ido viviendo y comprendiendo y lo que nos ha resultado efectivo para ayudar a “convivir” a las personas con su dolor, un inquilino que se instaló un día en sus vidas y del que no pueden desprenderse.

Nuestro principal objetivo es ayudar a estas personas, a que gestionen de la mejor manera sus procesos psico-afectivos y así su sufrimiento (vivencia subjetiva de un dolor) con los recursos de que disponemos como terapeutas. Además de esto, claro está, pretendemos contribuir a la difícil labor de crear un espacio tanto mental como físico en la concepción del abordaje terapéutico de las enfermedades crónicas, en el que se integre la importancia de la intervención psicológica en los planes de tratamiento públicos.

Con estos ambiciosos objetivos desarrollamos nuestra labor terapéutica desde hace unos años en cuatro hospitales públicos de Barcelona y coordinamos nuestros esfuerzos en el “Grup de Treball del Dolor Crònic” que constituimos en septiembre del 2006 en el Col·legio Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC).

El dolor crónico es definido según la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial que se describe como ocasionada por dicha lesión*” (IASP, 1979) y unos años más tarde añaden “la dualidad del dolor como experiencia fisiológica y psicológica. En este proceso psicológico del organismo depende de la condición subjetiva, por esto sin la conciencia psicológica el dolor no existe” (Strong J. et al, 2001)

En esta definición se observa un gran avance, ya que, a diferencia de todas las anteriores, en ésta aparecen los componentes sensoriales y emocionales a la experiencia del dolor (Miró, 2003). Además, se reconoce que el dolor es una percepción subjetiva y que está representada como una experiencia sensorial compleja, de aquí la importancia de las explicaciones verbales de los pacientes para poder tratarlos (Penzo, 1989).

A través de la conversación terapéutica el paciente se implica en la construcción de cambios en sus creencias y aceptación de la situación.

Paralelamente, las intervenciones psicológicas en grupo han mostrado ser de ayuda a los pacientes afectados de dolor crónico, ya que ayuda a afrontar mejor sus problemas de dolor, ofrece un espacio para compartir problemas y experiencias, disminuir la sensación de aislamiento, entre otros aspectos (Gentry & Owens, 1986).

En los últimos años se ha demostrado que el trabajo psicológico en los problemas de salud, y especialmente en un sufrimiento de larga evolución, es de gran importancia. El abordaje multidisciplinar es uno de los avances más apoyados en los equipos médicos, en donde se intenta tratar al paciente por diferentes aspectos que influyen en su enfermedad. La complejidad de la propia naturaleza del dolor aconseja evaluarlo y tratarlo desde una perspectiva multidisciplinar (Vallejo y Comeche, 1994, citado en Barba Tejedor, 2007).

Los resultados obtenidos hasta la fecha en las diferentes líneas de investigación sobre el tratamiento del dolor crónico apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

Se ha demostrado como los factores psicológicos juegan un gran papel en la experiencia del dolor, que ha llevado al desarrollo de diferentes métodos y técnicas psicológicas para su tratamiento (Miró, 2003).

LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y EL TRABAJO DE LA DEMANDA TERAPÉUTICA (Sonia Tapia Melendo).

La principal intervención que se realiza en nuestra unidad son terapias de grupo de 16 sesiones, pero para llegar a tener la muestra hay todo un proceso de selección de candidatos que se realiza mediante entrevistas individuales. Esto es así porque con frecuencia el contexto médico no favorece la elaboración por parte del paciente de una demanda psicológica, tan necesaria para que nuestra acción tenga el efecto el deseado.

El paciente suele acudir a la visita con el psicólogo con una demanda derivada (Villegas, 1996), porque el médico le ha “recomendado” que le iría bien ir al psicólogo de la unidad, o incorporarse a una terapia de grupo psicológica. Pero con frecuencia el paciente no entiende bien que quiere decir esto. No olvidemos que muchas veces, hasta que llegan a ser visitados en una unidad del dolor, que es el servicio más especializado que hay actualmente para el tratamiento del dolor, han pasado por muchos médicos y con frecuencia diagnósticos y pruebas hasta que se ha visto que su dolor no remite y que requiere un abordaje específico, y en este proceso suele transcurrir mucho tiempo. Así que la perspectiva de que sea un psicólogo y no un buen fármaco su tratamiento aparece como una idea muchas veces absurda, ofensiva o desmotivadora.

Por suerte no son sólo estos pacientes los que llegan a la primera visita psicológica. También vemos con frecuencia a los pacientes que llevan tiempo conviviendo con su dolor y atendidos en estas unidades, y que han sido receptores de diferentes tratamientos y que, ahora, toma la opción de una terapia de grupo como un abordaje más, una opción terapéutica interesante que le ofrece su médico. En estos casos, la actitud es más receptiva, aunque la elaboración propia de una demanda sigue siendo casi nula. En estos casos podríamos hablar de una Demanda Derivada (en el sentido de que raramente se hubiera producido sin la indicación de un tercero, en este caso el médico) y tomar una forma Inespecífica o de No Demanda.

El caso es que de los candidatos a intervención psicológica detectados por los médicos de la unidad a los que realmente inician una terapia de grupo hay un escalón importante que requiere un espacio de entrevista individual para hacer, en primer lugar, un trabajo con la demanda y en segundo lugar, una exploración vital y de historia del dolor.

Trabajo de Demanda Terapéutica

La primera parte de la entrevista individual que realizamos con los pacientes, de una hora de duración, se centra en explorar la derivación y las ideas que ha elaborado el paciente sobre la utilidad del abordaje psicológico en su vivencia del dolor.

Aquí nos encontramos con una casuística muy diversa. Algunos pacientes,

como hemos comentado, no han entendido porqué su médico los deriva al psicólogo, ya que por su corta evolución o por el arraigo a la esperanza de curación se encuentran esperando a que les receten la “pastilla milagro” o que encuentren “la causa verdadera de su dolor”, o la “técnica milagrosa” que les cure definitivamente. En estos casos el trabajo motivacional al que se enfrenta el psicólogo es complicado, y hay que valorar hasta que punto puede ser efectivo, teniendo en cuenta las creencias y el funcionamiento psicológico de la persona, y que partimos de una demanda ajena.

En otros casos, la persona presenta una sensibilidad o una conciencia de su funcionamiento psicológico que la hace receptiva a este tipo de ayuda, y encuentra una suerte que se le ofrezca la oportunidad de hacer una terapia de grupo dentro de la red pública con personas que sufren como ellos. Es en estas situaciones donde podemos pasar con más rapidez a profundizar en la historia de vida y de dolor de la persona, para recopilar la información necesaria para generar una alianza terapéutica y un acuerdo sobre los objetivos y metodología que se llevará en la terapia de grupo. Todo ello nos permite establecer un contrato terapéutico que será firmado por ambas partes al finalizar la entrevista en un *consentimiento informado*.

También nos encontramos con personas indecisas, que no se habían planteado hasta esta visita la utilidad del abordaje psicológico para mejorar su vivencia y convivencia con el dolor, pero que no se muestran especialmente reacios a ella. Aquí la entrevista individual puede ayudarles a elaborar y generar una demanda propia, coherente con los objetivos que nos planteamos en la terapia de grupo, y suele resultar con éxito.

Otro perfil habitual es el de personas con un conflicto psicológico antiguo y cronificado, que ven en la derivación la esperanza de resolución de una vieja herida, como la pérdida de un hijo, el duelo no resuelto con un progenitor fallecido, una depresión cronificada, o incluso una vida carente de sentido desde la adolescencia. En estos casos no recomendamos la terapia de grupo ya que está muy focalizada en dotar de recursos psicológicos para la autogestión del dolor y no en realizar un proceso psicoterapéutico en grupo.

Exploración vital y de historia del dolor

Solo en los casos en que se ve viable la incorporación de la persona a la terapia grupal se realiza una exploración más profunda de su historia de vida y como parte de ella, su historia de dolor. El objetivo es conocer y conceder un espacio individual a la persona para reconocerla en su vivencia de vida, en su historia de dolor, y para empezar a construir los lazos de la alianza terapéutica que le den el empuje y la confianza necesaria como para comprometerse en el proceso terapéutico de 16 sesiones.

Los aspectos que intentamos abordar en este breve tiempo de entrevista, y que se registran en una historia semiestructurada elaborada conjuntamente con otros

psicólogos del grupo de trabajo del dolor, tienen que ver con:

- *Datos socio-demográficos generales*: edad, sexo, diagnóstico, fecha de nacimiento, teléfono, sexo, situación laboral, si cobra ayudas económicas, estado civil, hijos, y nivel de estudios. El objetivo de esto tiene que ver con la necesidad de realizar estudios que permitan demostrar la eficacia y utilidad del abordaje psicológico en el tratamiento del dolor crónico.

- *Si está pendiente de litigios o compensaciones económicas*: este es un aspecto importante ya que con frecuencia la persona puede presentar una motivación secundaria para incorporarse al tratamiento psicológico

- *Historia del dolor*: edad y forma de inicio, respuesta a los tratamientos, intensidad y curso del dolor, patrón diario... Consideramos adecuado comenzar la entrevista en profundidad por este aspecto porque conocemos la necesidad de las personas a hablar del sufrimiento actual y sintomático, antes de profundizar en aspectos más relacionales o existenciales de su vida. Esta suele ser una buena puerta de entrada para permitir que el paciente se exprese con libertad y que nos permita conectar con su sufrimiento, dándonos así la llave de acceso a otras vivencias menos relacionadas con su historia de dolor.

- *Observaciones clínicas respecto a los recursos y personalidad*: este es un espacio donde el terapeuta registra aspectos como el soporte social con que cuenta la persona, estrategias generales de afrontamiento de las dificultades, nivel de desarrollo moral y cognitivo de la persona (Villegas, 1993), etc.

- *Resumen de la historia y proyecto vital*: se explora también de manera general las motivaciones principales que han regido la vida de esa persona, los proyectos más importantes de su vida y como estos se han podido ver truncados o dificultados con la aparición del dolor. Consideramos que este aspecto toma una importancia capital, ya que muchas veces el sufrimiento más intenso tiene que ver con la dificultad de mantener la posición existencial que han regido la vida de una persona. En este sentido, son muy frecuentes las historias de mujeres que toda la vida han sido las “fuertes” de su familia, las grandes cuidadoras, las “madres coraje” que podían con todo, y que ahora, el dolor les impone unas limitaciones físicas que les dificulta seguir realizando este rol y su identidad existencial entra en crisis.

- *Línea de la vida y genograma*: en el primero registramos en un formato gráfico los acontecimientos más importantes de la vida de la persona, los sucesos y las crisis más relevantes. En el segundo, exploramos relaciones, estilo vincular, roles, mitos familiares, y posiciones trigeneracionales que nos permitan hacernos una imagen de los legados familiares que forman parte del mundo simbólico de la persona. Todo ello tiene que ver con la posición existencial que adopta y que puede estar viéndose dificultada.

PSICOTERAPIA GRUPAL EN DOLOR CRÓNICO. (Maika Bakaikoa, Dani Borrell, Ricard Semis)

Inicialmente se creó un protocolo basado en el tratamiento psicológico desarrollado por Philips en el Shaughnessy Hospital de Vancouver (Canadá) que se ha ido modificando teniendo en cuenta las demandas presentadas por los pacientes con el propósito de incidir en los temas que les preocupan.

La intervención psicológica se realiza en modo grupal limitada a 12 sesiones para poder acceder al mayor número de pacientes. El objetivo de este protocolo es mejorar el nivel de control activo y autodominio del paciente sobre su dolor con la consiguiente mejora en la calidad de vida, partiendo de expectativas realistas.

Los especialistas médicos determinan la idoneidad de la derivación de los pacientes al tratamiento psicológico y a continuación se realiza una entrevista de evaluación psicológica donde se exploran aspectos como el impacto del dolor en el entorno social, familiar, laboral, emocional, afectivo y una breve descripción cronológica de los acontecimientos vitales y posibles recursos de que ya disponga el paciente; así mismo la realización del cuestionario SCL-90. Con toda esta información y si el paciente no cumple los criterios de exclusión, se decide si es candidato a terapia en grupo y se le ofrece la posibilidad de participar en un grupo.

Criterios de exclusión:

- Falta de control de impulsos (psicosis activa)
- Dolor oncológico
- Disfunción cognitiva que impida acceder a significados simbólicos
- Depresión mayor
- Ausencia de motivación y/o compromiso
- Menores de edad y mayores de 70 años
- Pacientes con clara ganancia secundaria (litigios...)

Cada grupo se completa cuando alcanza el número de 15 participantes, ya que, una vez son convocados hay un número de personas, que por diferentes motivos, no acuden. El número final de asistentes por grupo oscila entre 8 y 12 personas.

Actualmente se está realizando un estudio para comprobar la eficacia del tratamiento psicológico utilizando los cuestionarios:

- *PAIN CATASTROPHIZING SCALE.*
- *PAIN DISABILITY INDEX.*
- *STAXI-2*
- *CAD-R*
- *HAD*
- *WHOQOL*
- *CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (desarrollado por el equipo)*

Los objetivos a corto plazo son:

- Comprensión de la vivencia personal
- Adopción de medidas de cuidado personal tanto físicas como psicológicas

- Aumento de conductas de asertividad
- Mejora de la regulación emocional
- Búsqueda y realización de actividades que les motiven
- Mejora de las relaciones personales (pareja, familia, trabajo, personal sanitario, etc.)

Existen otras opciones para aquellos pacientes que terminan la terapia de grupo y se considera necesaria su continuidad:

- Terapia individual en convenio con el Master de terapia sexual y de pareja de la UB.
- Terapia individual en convenio con el Master en Psicología clínica y psicoterapia de la Blanquerna URL.
- Inclusión en un grupo nuevo de terapia grupal para personas que claramente necesitan consolidar lo aprendido y así lo solicitan.

Las personas asistentes manifiestan de forma frecuente el deseo de aumentar el número de sesiones de la terapia de grupo, aunque la infraestructura del servicio impide por el momento plantearse este cambio. Se realiza un seguimiento de grupo a los 6 y 12 meses. Después de la finalización del grupo, existe la posibilidad de incorporarse a un grupo de autohipnosis, de reciente implementación, para aumentar los recursos de afrontamiento al dolor.

A fin de recopilar información se realiza una gestión documental consistente en:

- Registro de la entrevista:
 - Datos demográficos
 - Historia del dolor
 - Resultados pruebas psicométricas
- Registro de asistencias, incidencias y actuaciones
- Registro de derivaciones a terapia individual
- Estadísticas de los resultados

El resumen del protocolo de intervención psico-educativo grupal en pacientes con dolor crónico es el siguiente:

En la **primera sesión** de grupo, administramos una batería de cuestionarios con el objetivo de determinar los cambios antes y después del tratamiento. Consideramos relevante informar a los pacientes del objetivo de los cuestionarios. Al finalizar la batería de cuestionarios, se presentan los dos psicólogos que dirigirán cada una de las sesiones ofreciendo el encuadre de las mismas:

- Respeto hacia los participantes del grupo
- Confidencialidad ante la información de cada uno de los miembros del grupo
- Compromiso de asistencia a las doce sesiones de terapia
- Implicación activa ante el tratamiento
- Expectativas realistas ante el dolor

Al finalizar la primera sesión, se les hace entrega de un CD de relajación compuesto por una relajación/visualización relacionada con el dolor que deben

escuchar por la mañana y otra relacionada con el descanso que deben escuchar por la noche. Este CD ha sido creado por el equipo y deben escucharlo a lo largo del tratamiento.

También se les proporciona un cuaderno del dolor donde narrar las vivencias asociadas con el dolor.

En la **segunda sesión**, se revisan los contenidos de la primera sesión y se lleva a cabo la presentación individual de cada participante. En ella, exponen aquellos datos que consideran más significativos y que quieran compartir con el grupo. Es importante realizar esta presentación porque favorece la cohesión grupal.

También se realizan ejercicios de respiración y relajación para rebajar los niveles de ansiedad y se comentan los efectos producidos por la escucha del CD durante la semana anterior. Se les recuerda la necesidad de seguir practicando con el CD con el fin de incorporar recursos para aprender a gestionar la ansiedad.

En la **tercera sesión** de grupo, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se ofrece información sobre el dolor desde diferentes perspectivas. Se analiza el círculo del dolor, significado personal y socio-cultural del dolor, así como la relación entre la comprensión del dolor y la reducción de la ansiedad. El objetivo es que puedan comprender su propio dolor favoreciendo la disminución de la ansiedad.

En la **cuarta sesión** de terapia de grupo, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se ofrece información de los Estados del Yo y del Triángulo Dramático de Karpman del Análisis Transaccional, con el fin de que puedan trabajar su modo de comunicarse con los demás e ir desarrollando su asertividad.

En la **quinta sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se habla del duelo ocasionado por la salud perdida. El contenido de esta sesión permite empezar a hablar de las emociones básicas (miedo, rabia, tristeza y alegría) que se irán trabajando en las siguientes sesiones.

Las **sesiones sexta, séptima, octava y novena** se inician con una revisión de lo tratado en la sesión anterior y en cada sesión, se trata la emoción básica que está presente en la dinámica del grupo. El objetivo de estas sesiones es ofrecer recursos para una mayor regulación emocional.

En la **décima sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior. Se trabaja sobre el tema de la sexualidad y el dolor crónico. Se ofrece un espacio para poder comentar las dificultades con las que se encuentran en sus relaciones sexuales con la ayuda de un terapeuta sexual y de pareja. Se informa y se practican los ejercicios de Kegel.

Al finalizar, se propone una carta de despedida exponiendo todo aquello que han aprendido en las sesiones de grupo.

En la **onceava sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior. Cada participante lee su carta de despedida exponiendo aquello que haya sido significativo en su experiencia con la terapia de grupo.

Se ofrece la posibilidad de dar continuidad al trabajo en un contexto de terapia

individual.

En la **doceava sesión**, se administran la batería de tests con el objetivo de medir el cambio producido por el tratamiento.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN DOLOR CRÓNICO. (Berta Sagrañes)

La intervención en psicoterapia en pacientes de dolor crónico empezó en nuestra Unidad en el 2004 dando respuesta a una demanda de los profesionales de la medicina que trabajan con este tipo de patología. Los médicos solicitaban una atención psicológica al paciente con dolor crónico ya que se encontraban a menudo con reacciones emocionales que no sabían cómo gestionar y que estaban relacionadas claramente con las pérdidas que supone convivir con el dolor permanentemente.

Una vez se incorporó al psicólogo en dicha Unidad quedaba pendiente marcarse un objetivo para trabajar el dolor desde una perspectiva psicológica. La demanda médica evidenciaba que el paciente con dolor crónico no tenía bastante con un abordaje biomédico basado en terapias farmacológicas y de aplicación de técnicas fisiológicas; sino que había un vacío en cómo este dolor implicaba una serie de limitaciones físicas que daban lugar a múltiples pérdidas en la vida global de la persona.

Hasta ahora se abordaba el dolor nociocectivo pero ¿qué pasaba con el sufrimiento emocional que suponía la pérdida de la salud? ¿Qué es más limitante, convivir con dolor día a día o aceptar que las expectativas personales y el proyecto de vida que se habían construido poco a poco ya no eran posibles?. Estas pérdidas crónicas implican muchas veces una violación del esquema nuclear de la propia vida tal como dice Neimeyer cuando habla de los procesos de duelo. Se rompen expectativas, anticipaciones y se deja de ver un futuro con posibilidades.

Dando por supuesto que el cuerpo y la mente, o sea la concepción del self, tienen una relación recíproca, la pérdida de la salud repercute directamente en la visión del sí mismo. Si una persona físicamente se encuentra ágil se puede construir como deportista pero si físicamente tiene unas limitaciones que le impiden moverse tanto como quisiera o adoptar posiciones determinadas esta construcción se va invalidando poco a poco ¿qué pasa entonces con la construcción del self cuando una persona tiene una barrera física tan importante?

Al inicio era difícil posicionarse delante del paciente con dolor crónico ya que despierta en el terapeuta sensaciones contradictorias, por una parte pensar que no podrás entender nunca lo que supone vivir con dolor el día a día aunque por otra su actitud pasiva muchas veces afincada en la queja genera en el terapeuta emociones como la impotencia o la frustración. Esta actitud pasiva delante de la propia vida, causada muchas veces por la indefensión aprendida delante de los intentos fracasados para erradicar el dolor, mantiene al paciente en su sufrimiento. Es por esta razón que uno de los objetivos más esenciales que se marcaron desde el inicio fue el responsabilizar al paciente de su propia vida, ¿qué es lo que sí que está en sus

manos?. Una de las grandes dificultades para el terapeuta que trabaja con pacientes con dolor crónico es encontrar el límite entre la empatía y la queja que le confirma en su posición de incapaz. De esta manera tanto el paciente como el terapeuta tendrán que tener muy claro que el objetivo de la terapia

individual no va a ser acabar con el dolor sino ver que puede hacer él para vivir con menos sufrimiento.

Entrevistando a pacientes con dolor crónico iban apareciendo una serie de interrogantes que daban lugar a más dudas que certezas y uno de los objetivos principales para establecer una manera de trabajar con este tipo de pacientes fue detectar las necesidades individuales vigilando no dar por supuesto que el sufrimiento es la consecuencia de tener dolor, sino preguntándose como psicoterapeuta: ¿por qué esta persona vive tan mal el tener dolor? ; ¿qué le supone o qué le ha supuesto en su proyecto vital o en la construcción de sí misma? Preguntas que se basan en la hipótesis que cada persona es única e irrepetible y que si convivir con dolor fuera tan fácil como hacer una readaptación funcional de los hábitos personales no aparecería un sufrimiento tan demoledor.

Una de las cuestiones que ayudaron a plantear esta visión más existencialista o constructivista de la intervención psicológica fueron las afirmaciones de este tipo de pacientes del estilo: “yo no era así”, “ahora no sé cuál es mi lugar” o la ideación suicida no tanto por el dolor nociocectivo sino por el sufrimiento del sin sentido actual de su vida.

Lo expuesto anteriormente conlleva que la persona se enfoque en su dolor y las pérdidas que le han supuesto perdiendo de vista los recursos y construcciones personales que han quedado intactas. La identidad queda constreñida, lo cual se observa a través de la narrativa del sujeto “soy una persona con dolor, que no puede hacer...”, “no asumo que soy un inútil”. Así mismo, uno de los objetivos que se plantearon desde la terapia individual fue ampliar la autodefinición a partir de la pregunta: “¿a parte de una persona con dolor, que más soy?”. Recuperando una visión más global de sí mismo y las bases de su identidad. “¿Cuáles son los recursos que me quedan intactos para seguir mi vida?”.

La consecuencia de la crisis de identidad que muchas veces lleva implícita la vivencia del dolor crónico es la lucha entre dos partes de sí mismo, su mente y su cuerpo. Dos entidades que se viven como distintas ya que se reciben mensajes contradictorios de cada uno. Aparece una lucha donde uno se va posicionando en función de la necesidad más fuerte. Dentro de esta realidad se hacen afirmaciones como “el dolor no me va a ganar la lucha”, en el que se vive el cuerpo (el que impone las limitaciones) como enemigo de sí mismo, lo cual dificulta la integración de los límites en la construcción del self y hay una peor vivencia del dolor.

A partir de estas observaciones, la finalidad de la terapia individual tiene relación con dos procesos básicos: el duelo de las pérdidas y la reconstrucción de la identidad y el proyecto de vida el cual integre las limitaciones corporales, en el

que vayan de la mano las necesidades impuestas por el dolor y una visión coherente de sí mismo.

PSICOTERAPIA DE PAREJA EN DOLOR CRÓNICO. (Alba Peñarroya)

Como ya venimos describiendo a lo largo del artículo, el dolor es considerado desde hace más de tres décadas como una experiencia desagradable formada por factores tanto físicos como emocionales. Este proceso ha sido lento; los cambios se han ido produciendo a medida que los equipos dedicados a tratar a los pacientes con dolor crónico, normalmente anestesiólogos, se han ampliado con profesionales de otras especialidades como médicos de familiar, farmacéuticos, psicólogos, terapias ocupacionales, psiquiatras etc. que han aportado visiones diversas al abordaje de estos pacientes.

El papel del psicólogo dentro de una Unidad de dolor tiene diferentes funciones además de la intervención psicológica. Se pueden definir en grandes rasgos como mediadores entre los pacientes, la familia y el equipo médico, y también en algunos casos muy determinados cumplen la función de evaluadores, por ejemplo antes de practicar técnicas intervencionistas, siguiendo los criterios de exclusión más adecuados.

La intervención psicológica en el ámbito concreto del dolor, por excelencia, se basa en la Terapia Cognitivo-Conductual, pero desde hace unos años se han puesto en práctica otras líneas de trabajo como la terapia de familia.

El equipo de psicólogos de esta unidad se basó en la hipótesis de que el sistema que forma la familia, o la pareja, se ve modificado en el momento en que aparece cualquier enfermedad, y más cuando es durante un período largo de tiempo.

Siguiendo esta línea de trabajo, se contempla la pareja como una unidad en la que el paciente y su cónyuge afrontan un proceso de duelo por la pérdida de la normalidad, de las expectativas y por el abandono de proyectos conjuntos de futuro. Por ello tendrán que aceptar que la relación nunca volverá a ser igual.

El proceso en que se ven envueltos todos los miembros de la familia puede ser diferente en forma y tiempo, cada uno de tendrá su ritmo de asimilación y de aceptación. Esto puede llevar al aumento de tensión o estrés tanto del paciente como de la familia, incluso a la aparición de sentimientos de incompreensión en forma de crítica o hostilidad similar al fenómeno descrito por Wortman y Conway (1985) o a veces en forma de sobreprotección, como lo describen Anderson, Reiss, Hogarty, (1986), “tendencia a suplir a alguien cuando esta enfermo, hasta que la independencia del paciente se ve amenazada o cuando la sobreprotección se ofrece en un contexto de alto clima emocional”, y observado también por Curtona (1996).

Los sentimientos que acompañan a este proceso son diferentes para cada miembro de la pareja, el paciente se identifica como el “enfermo e incapacitado”, lo que le provoca rabia, culpa y resentimiento, y al cabo del tiempo la dependencia de la pareja, que puede conducir al sentimiento de miedo al abandono. En cambio,

el cónyuge, se posiciona en el rol de cuidador y según los recursos y energía que dedique a esta función aparecerá la sensación de *burn out*, acompañada de otros sentimientos como la rabia hacia el paciente, la ansiedad e incluso la falta de comunicación.

Al iniciar una intervención psicológica con la pareja se debe tener en cuenta el momento en el que se encuentra cada uno de sus miembros y describir detalladamente el motivo de consulta.

En el caso que los miembros de la pareja demanden un espacio de comunicación para expresar sus sentimientos, experiencias y temores, se les proporcionarán técnicas adecuadas de comunicación efectiva. Frecuentemente, la demanda esta dirigida a áreas de la pareja que se han visto relegadas a un segundo plano a lo largo de la evolución del dolor, por ejemplo, las relaciones sexuales, el aislamiento social, los problemas económicos, etc.

En otros casos, los roles pueden llevar a influir de forma negativa en la relación, habrá que trabajar la posición del cónyuge frente a la enfermedad cuando éste se comporta como un elemento externo. Se recomienda ampliar actividades conjuntas de ocio en los momentos de disminución del dolor y compartir espacios comunes donde no haya elementos que recuerden la enfermedad.

La relación de pareja descrita como una transacción de beneficios y costes resulta muy poco beneficiosa tanto para el paciente como para el cónyuge. Se intentará connotar positivamente lo que cada uno aporta a la relación.

Los problemas de relación previos a la aparición del dolor que presentan algunas parejas, pueden verse aplazados por la nueva situación. En esta situación el profesional puede ayudar a la pareja a observar cuáles son sus recursos actuales para hacer frente a los demás problemas de la relación.

Finalmente hay que entender que en situaciones difíciles como es el dolor crónico, la pareja se vea envuelta en un proceso que distorsiona su relación. Toda maniobra terapéutica debe ir dirigida al objetivo de clarificar sus posiciones y sentimientos para conseguir un afrontamiento efectivo del problema.

En el presente artículo se pretende dar una visión de la actividad que desarrolla el psicólogo dentro de las unidades del dolor, que en ningún caso pretende ser exhaustiva sino simplemente un modo de compartir con el lector nuestra experiencia en el trabajo con personas que sufren dolor crónico y que son atendidas en las unidades especializadas en diferentes hospitales de la red pública. Presentamos diferentes líneas de intervención psicológica en personas que padecen de dolor crónico abarcando aspectos como: evaluación psicológica, terapia individual, terapia de pareja y terapia de grupo.

Palabras clave: Dolor crónico, unidades del dolor, intervención psicológica.

Nota sobre los autores y los centros:

Sonia Tapia Melendo. soniatm@copc.es

(Hospital de Bellvitge)

Berta Sugrañes. berta_sugranyes@hotmail.com

(Hospital de la Vall d'Hebron)

Alba Peñarroya. albabaulies@yahoo.es

(Hospital Comarcal (Provincial) Clínic)

Maika Bakaikoa. maikabakaikoa@gmail.com;

Dani Borrell. daniborrell@hotmail.com

Ricard Semis. rsemis@telefonica.net

(Hospital Universitari Germans Trias i Pujol)

Victoria Fernandez. mvictoriafp@blanquerna.url.es

Referencias Bibliográficas:

BARBA TEJEDOR DA. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. Plan maestro en abordaje integral del Dolor. Madrid: ED You & You.

CAUDILL M. (1995). Controle el dolor antes que el dolor le controle a usted. Barcelona: Paidós.

GENTRY WD, OWENS D. (1986). *Pain groups*. Pain management: a handbook of psychological approaches. Holzman AD, Turk DC. ED. Pergamons, pp100-112.

IASP. (1979). Asociación Internacional del Estudio del Dolor. 1994. p 210.

MIRÓ J. (2003). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

NEIMEYER R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

PENZO W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona: Martínez Roca..

PHILIPS HC. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide.

SOUCASE B, MONSALVE V, SORIANO JF. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 12:8-16.

VALLEJO, MA, COMECHE MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Ed. Fundación Universidad y Empresa.

VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.

VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-88.

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy* (EAP), la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas* (FEAP) y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas* (ASEPCO), a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

UNA MIRADA ETNOGRÁFICA AL DOLOR DESDE EL CONTEXTO HOSPITALARIO

M^a Ena Barroso Pérez y Verónica Sánchez Martino

From a phenomenological point of view this article approaches to the experience of pain in a clinical context. By means of an ethnographic methodology, combining both quantitative and qualitative research, different aspects of clinical situations had been studied in two hospitals in Madrid, Ramón y Cajal and Gregorio Marañón. The results are exposed through tables and interviews.

Key words: pain, hospital, patient, culture, medicine, society

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia bio-psico-social y cultural. Según las aportaciones de Melzack y Loeser esta investigación se encuadraría dentro del estudio de la dimensión cognitivo-evaluativa del dolor, que nos permite contemplar el dolor en función de la experiencia del sujeto, de su contexto y sus creencias.

La pregunta que va a guiar esta investigación es la siguiente:

¿Cómo influyen los factores socioculturales en la percepción y afrontamiento del dolor crónico de los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal?

Cuando hablamos de factores socioculturales nos referimos a aquellos elementos que modelan la vivencia y construyen socialmente la interpretación del dolor. Cabe señalar que el sistema de salud, considerado como sistema sociocultural, es un elemento fundamental en esta construcción. Siguiendo a la antropóloga Rosario Otegui, consideramos que no podemos entender el dolor sin conocer las construcciones socio- históricas en las que se desarrolla.

BLOQUE I: DIARIO DE CAMPO Y FICHAS ANALÍTICAS

Observación participante y diario de campo

Esta técnica de producción de datos se utilizó por las posibilidades que ofrece de acercamiento a las conductas, comportamientos, actitudes y significados en la

interacción de los pacientes con el personal sanitario y el contexto hospitalario en general.

La observación se llevó a cabo en la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal (HRC). Durante los meses de Enero y Febrero se realizaron algunas sesiones de observación participante en el Hospital Gregorio Marañón (HGM) en aras de generar un mínimo marco comparativo.

Como ámbitos geográficos principales dentro de las unidades hay que señalar las consultas de los doctores y la sala de espera (HRC) y la Clínica del Dolor (HGM)

Dadas las características de la Observación Participante la muestra de pacientes observados en consultas, clínica y salas de espera es aleatoria, aunque orientada a la diversidad.

Fichas analíticas

Como metodología a la hora de sistematizar la información obtenida a partir de la observación participante registrada en el diario de campo, se ha utilizado el sistema de las fichas analíticas, de las cuales se señalan tan sólo las más relevantes.

ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DEL DOLOR

Se encuentra supeditada a la organización del centro hospitalario y no siempre es permeable a las demandas-necesidades de los pacientes.

Organización de la unidad versus demandas de los pacientes

Acerca de la organización de la unidad: Menor tiempo de espera para las citas y a la continuidad con el mismo médico.

Acerca de la atención en consultas: Información sobre la dolencia y escucha.

RITUAL TERAPÉUTICO

Se caracteriza por una relación asimétrica entre el médico y el paciente en la cual el médico ocupa el lugar de experto en cuyas manos recae la capacidad de decisión acerca de las medidas terapéuticas a tomar en el cuerpo del paciente y muy especialmente la legitimidad social de la enfermedad, demostrada por el diagnóstico médico. En la eficacia tienen gran importancia la confianza del paciente en el médico, en especial en lo que se refiere a seguimiento y adherencia a los tratamientos. Conforme avanza el tiempo de dolor y tratamiento la cercanía médico paciente aumenta y el paciente puede ser más activo y más autónomo en el proceso, sin embargo es importante tomar en cuenta otras cuestiones importantes, como el hecho de que algunos pacientes no comuniquen ni reciban apoyo de nadie más que de los profesionales de la salud. En ocasiones esta relación asimétrica puede conceptualizarse como una falta de atención el doctor al discurso de los pacientes. El conflicto se produce a veces por la ausencia de respuesta de las demandas de una de las partes, las muestras de falta de confianza hacia el doctor (no seguir el tratamiento u otras prescripciones médicas). Por parte de los pacientes la mayoría

de los conflictos observados vienen derivados de la sensación de que “el médico no les hace caso”, es decir, que considera que su dolencia es “ficticia” o niega el diagnóstico hecho por un médico anterior para decir que su enfermedad no existe médicamente, lo cual imposibilita la legitimación social de la enfermedad. Por otro lado también se han observado conflictos debido a una contradicción entre las prescripciones de varios médicos.

La relación médico-paciente cobra un significado diferente para cada uno de ellos como se observa en la frecuente demanda de los pacientes de continuar con un mismo médico. La pregunta que surge para la investigación es la siguiente:

¿Cuál es el significado emocional de la relación médico-paciente para los enfermos?

Por otra parte en el proceso de atención es fundamental el entorno social, a menudo familiar, del paciente, que en ocasiones llega a las consultas. Familiares y acompañantes como mediadores en la relación médico paciente, en la cual a veces se da el efecto perverso de la pasivización del enfermo por acompañantes y personal sanitario

El estado de ánimo expresado por los pacientes

Las expresiones de estado de ánimo positivo redundan en una mejor interacción médico-paciente y en ocasiones en refuerzo positivo por parte del médico. Pueden ser desarrolladas conscientemente por los pacientes como una estrategia de afrontamiento de la dolencia y no necesariamente las expresiones de un estado de ánimo positivo reflejan un estado de bienestar en el paciente sino que pueden estar orientadas a esconder partes negativas de la situación que podrían generar rechazo en el entorno social o afectar a la autoestima del paciente al presentar una imagen desagradable ante los demás.

Las expresiones de un estado de ánimo negativo son menos frecuentes ante los médicos que ante el resto del personal sanitario, aunque en muchas ocasiones aparecen también en las consultas. La respuesta de desinterés o evitación es más frecuente por parte de los doctores en estos casos. La pregunta que surge para la investigación es la siguiente:

¿Cuál es el efecto de estas prácticas, si lo hay, sobre la atención recibida o la derivación a psicología o psiquiatría?

La derivación a psicología depende del criterio de los doctores, se trata de una atención supeditada a esta primera. Los criterios de aprovechamiento tienen que ver con la afectación que los pacientes muestren y la patología que sufran, como la fibromialgia como caso paradigmático. La derivación a psiquiatría en ocasiones puede generar mucho rechazo, existe la posibilidad de que para algunas pacientes esto sea sinónimo de que el doctor piensa que están “locas” o de que no se toma en serio su enfermedad y se está pensando que es inventada, algo que sin duda puede estar relacionado con el tipo de diagnóstico y la trayectoria en el sistema de salud.

EXPRESIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL DOLOR

- Por parte del médico

Las metáforas médicas están consensuadas dentro de la biomedicina y la transmisión de estas categorías a los pacientes se da de forma gradual, de modo que poco a poco el paciente “traduce” su enfermedad o su dolor en lenguaje médico y por tanto acorta distancias y mejora la comunicación con el mismo. La pregunta que surge para la investigación es la siguiente:

¿Qué efecto tiene sobre los doctores el hecho de que los pacientes manejen un mismo vocabulario que ellos? ¿Influye el código lingüístico en la atención e información recibida?

- Por parte de la psicóloga

Se trabaja entre otros temas el de la utilidad social del dolor, y los componentes “destructivos” de utilizar el padecimiento como forma de estar en el mundo.

- Por parte de los pacientes

Las distintas formas de definir al dolor evocan distintos aspectos del mismo tal y como lo vive el paciente: la dificultad de comunicarlo aun con metáforas, el miedo que produce “era un dolor de pánico”, las incapacidades que genera “un dolor que no me dejaba ni comer, ni dormir”, las estrategias de “negociación” o de aceptación del dolor “son mis amigos, a veces se portan bien y a veces mal”; la traducción a palabras médicas que permitan la identificación por parte del doctor.

PROCESOS DE ENFERMEDAD

- Desde el punto de vista biomédico

Enfermedades descritas biológicamente:

El diagnóstico estructura y orienta al médico y al paciente y facilita el tratamiento y la aceptación de la enfermedad

Enfermedades de las que se desconocen las causas:

Situación angustiosa para el paciente y frustrante para el médico, se observa una tendencia a asociar la enfermedad con motivos psíquicos,

- Desde el punto de vista de los pacientes, explicaciones y causalidad

1. Motivos biomédicos
2. Causalidad justificada en anteriores procesos de enfermedad
3. Trayectoria laboral como factor al que se atribuye la enfermedad
4. Desconocimiento “no se de donde viene”
5. Atribución de las causas de la enfermedad a motivos psíquicos, emocionales o religiosos (el dolor como justicia o injusticia)

LAS CONDICIONES DE VIDA Y EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

- La evolución a lo largo de la enfermedad:

Larga historia en relación al sistema sanitario y peregrinar por el mismo.

Proceso de socialización diferencial y cambio en cuanto a hábitos, relaciones y forma de ver el propio cuerpo.

- La vida pasada:

En la mayoría de los casos se describe como un periodo muy activo con otras formas de sufrimiento, aunque a pesar de ello se da una idealización de la vida sin dolor. Muy abundantes las pacientes dedicadas al hogar combinado con empleos relacionados con labores de cuidado, limpieza o empleadas de hogar.

- Lo descubierto y lo aprendido: “cuidarse”, “pararse”, “pensar en mi misma”

Nuevo tipo de relación con el cuerpo, un nuevo concepto del mismo y del auto cuidado que procede de la crisis causada por la enfermedad y el dolor, o de la responsabilidad social de estar lo mejor posible. Nueva forma, reaprendida, de estar en el mundo

- Identidad y las expectativas de vida:

Conflictos mucho más agudos en cuanto a roles y expectativas en el caso de las personas más jóvenes y su entorno

- Nuevos rasgos identitarios:

Introducirse en el mundo de los “enfermos”, mayor empatía con otras personas que sufren, comprensión del suicidio, nueva visión del cuerpo como frágil, vulnerable...

- Las relaciones familiares desde el dolor:

Papel fundamental en el cuidado y atención, soporte emocional en muchos casos material. Frecuente frustración de los enfermos al no poder cumplir antiguos roles familiares (cuidado, limpieza, aportación económica mediante el trabajo...)

- Las relaciones sociales desde el dolor:

En ocasiones algunas redes sociales se ven afectadas, pero sin embargo se abren otras adaptadas a la nueva situación. Aumenta el contacto con personas que tienen un padecimiento similar.

- El trabajo:

Cuando no es posible seguir trabajando surgen problemas como necesidad de informes médicos, problemas y preocupaciones económicas, frustración acerca de las propias expectativas y las del entorno familiar, sentimiento de inutilidad.

- Encarando el dolor:

Adaptación: aceptación, ruptura con identidad anterior, reflexión sobre el propio cuerpo y la persona, disposición a cuidarse como prioridad, revalorización de determinadas cosas positivas, revalorización del apoyo de la red social más próxima

Negación: la persona enferma expresa no reconocerse como tal, “yo no soy así”, se reivindica la identidad pasada, con cuyas expectativas no puede cumplir en el momento presente. Más infrecuente que la aceptación.

BLOQUE II: CUESTIONARIOS A PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR

1. Cuestionarios a pacientes

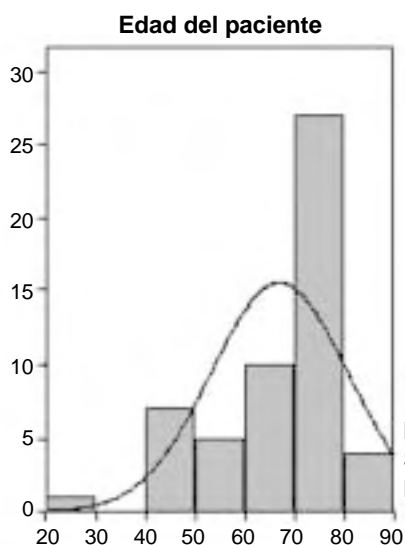
Se enviaron cuestionarios a 650 pacientes de la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal, de los cuales respondieron un tercio aproximadamente. Los resultados que se muestran a continuación responden a 122 de estos cuestionarios.

Los datos resultantes han sido analizados con el programa SSPS .

Los cuestionarios incluían los siguientes ítems:

- Edad, sexo, estado civil, nº hijos, nivel académico, situación y satisfacción laboral, lugar de residencia
- Vivienda, cuidado, relaciones familiares
- Redes de amistad y participación social
- Religión
- ¿Considera usted que tiene el suficiente apoyo de los demás para afrontar su dolencia?
- ¿Considera usted que tiene el suficiente apoyo del sistema de salud pública para afrontar su dolencia?
- Naturaleza, tiempo de padecimiento y causa de la dolencia
- Tratamientos medicamentosos y no medicamentosos que se siguen
- Afectación psicológica debida a la dolencia. Atención psicológica y psiquiátrica en relación al dolor
- Sugerencias para mejorar la atención

2. Datos generales sobre los pacientes



Mean= 66,96
Std. Dev.= 13,825
N= 54

Sexo del paciente			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	mujer	74	63,8
	hombre	42	36,2
	Total	116	100,0
Perdidos	Sistema	6	
Total		122	

Situación laboral			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	trabajador/asalariado	11	9,2
	activo	31	25,8
	ama de casa	31	25,8
	estudiante	1	,8
	parado	5	4,2
	baja laboral	8	6,7
	incapacidad temporal	2	1,7
	incapacidad total	18	15,0
	jubilado	44	36,7
	Total	120	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		122	

Nivel			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	sin	17	14,0
	no estudios	21	18,0
	estudios	39	33,0
	estudios	29	25,0
	estudios	10	8,6
	Total	116	100,0
Perdidos	Sistema	6	
Total		122	

Variable “sexo del paciente” en relación con variable “apoyo sentido a la hora de afrontar la dolencia”

Suficiente apoyo de los demás						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	si	2	33,3	66,7	66,7
		no	1	16,7	33,3	100,0
		Total	3	50,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	50,0		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	si	47	63,5	68,1	68,1
		no	22	29,7	31,9	100,0
		Total	69	93,2	100,0	
		Perdidos	Sistema	5	6,8	
	Total		74	100,0		

hombre	Válidos	si	33	78,6	80,5	80,5
		no	8	19,0	19,5	100,0
		Total	41	97,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,4		
	Total		42	100,0		

Suficiente apoyo de salud pública						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	si	2	33,3	50,0	50,0
		no	2	33,3	50,0	100,0
		Total	4	66,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	33,3		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	si	29	39,2	42,0	42,0
		no	40	54,1	58,0	100,0
		Total	69	93,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	5	6,8		
	Total		74	100,0		
hombre	Válidos	si	20	47,6	51,3	51,3
		no	19	45,2	48,7	100,0
		Total	39	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	7,1		
	Total		42	100,0		

Su dolor ha evolucionado a...						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	a mejor	1	16,7	25,0	25,0
		a peor	2	33,3	50,0	75,0
		altibajos	1	16,7	25,0	100,0
		Total	4	66,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	33,3		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	a mejor	9	12,2	12,5	12,5
		a peor	28	37,8	38,9	51,4
		igual que al principio	8	10,8	11,1	62,5
		altibajos	27	36,5	37,5	100,0
		Total	72	97,3	100,0	

	Perdidos	Sistema	2	2,7		
	Total		74	100,0		
hombre	Válidos	a mejor	11	26,2	26,8	26,8
		a peor	8	19,0	19,5	46,3
		igual que al principio	7	16,7	17,1	63,4
		altibajos	15	35,7	36,6	100,0
		Total	41	97,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,4		
	Total		42	100,0		

Resulta significativo el porcentaje de pacientes que sienten no haber tenido el suficiente apoyo del sistema de salud pública a la hora de afrontar su dolencia, sin embargo cabe señalar que también es significativa la satisfacción con la atención recibida una vez que se accede a la Unidad del Dolor. Como se expresa en el ítem “Sugerencias para mejorar la atención”, las demandas en este nivel están orientadas a una mayor frecuencia de las citas en dicha unidad.

Dolor afección psicológica						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	si, bastante	2	33,3	50,0	50,0
		sí mucho	2	33,3	50,0	100,0
		Total	4	66,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	33,3		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	lo normal al estar enfermo	14	18,9	20,9	20,9
		no, en absoluto	1	1,4	1,5	22,4
		si, bastante	24	32,4	35,8	58,2
		sí mucho	28	37,8	41,8	100,0
		Total	67	90,5	100,0	
	Perdidos	Sistema	7	9,5		
	Total		74	100,0		
hombre	Válidos	lo normal al estar enfermo	11	26,2	26,8	26,8
		no, en absoluto	2	4,8	4,9	31,7
		si, bastante	13	31,0	31,7	63,4
		sí mucho	15	35,7	36,6	100,0

		Total	41	97,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,4		
	Total		42	100,0		

Tratamiento psicológico						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	no	1	16,7	100,0	100,0
	Perdidos	Sistema	5	83,3		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	no	12	16,2	70,6	70,6
		si	5	6,8	29,4	100,0
		Total	17	23,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	57	77,0		
	Total		74	100,0		
hombre	Válidos	no	16	38,1	100,0	100,0
	Perdidos	Sistema	26	61,9		
	Total		42	100,0		

Tratamiento psiquiátrico						
Sexo del paciente			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-	Válidos	No	2	33,3	100,0	100,0
	Perdidos	Sistema	4	66,7		
	Total		6	100,0		
mujer	Válidos	No	15	20,3	46,9	46,9
		Si	17	23,0	53,1	100,0
		Total	32	43,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	42	56,8		
	Total		74	100,0		
hombre	Válidos	No	18	42,9	85,7	85,7
		Si	3	7,1	14,3	100,0
		Total	21	50,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	21	50,0		
	Total		42	100,0		

Tiempo de padecimiento en relación a sexo del paciente:

Tabla de contingencia desde cuando padece dolores * sexo del paciente						
			Sexo del paciente		Total	
			mujer	hombre		
desde cuando padece dolores	menos de 1 año	Recuento	2	6	8	
		% de desde cuando padece dolores	25,0%	75,0%	100,0%	
	menos de 2 años	Recuento	5	5	10	
		% de desde cuando padece dolores	50,0%	50,0%	100,0%	
	menos de 5 años	Recuento	10	11	21	
		% de desde cuando padece dolores	47,6%	52,4%	100,0%	
	menos de 10 años	Recuento	16	3	19	
		% de desde cuando padece dolores	84,2%	15,8%	100,0%	
	más de 10 años	Recuento	19	10	29	
		% de desde cuando padece dolores	65,5%	34,5%	100,0%	
	más de 20 años	Recuento	20	6	26	
		% de desde cuando padece dolores	76,9%	23,1%	100,0%	
	Total		Recuento	72	41	113
			% de desde cuando padece dolores	63,7%	36,3%	100,0%

El porcentaje de mujeres aumenta progresivamente en función al tiempo, siendo el mayor grupo el de mujeres que sufren dolor desde hace más de 20 años.

El porcentaje de varones es visiblemente mayor al de mujeres en los primeros 5 años de padecimiento y menor en los periodos de más de 10 y más de 20 años

BLOQUE III: ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y BLOQUES TEMÁTICOS

1. Entrevistas en profundidad

El objetivo de las entrevistas en profundidad es el de acceder a aquellos campos de la experiencia que otras metodologías no podrían explorar. En el caso de este estudio en concreto son de esta experiencia no accesible los cambios que se han producido en los hábitos cotidianos de los pacientes a raíz de la aparición del dolor, las diferencias que introduce en la relación con los demás o las justificaciones o interpretaciones que el individuo asocia a la dolencia.

Se han realizado 19 entrevistas, 15 de ellas a pacientes, 3 a personal de la

Unidad del Dolor del HRC y 1 a miembros de una asociación de pacientes.

Las entrevistas a pacientes finalizaron al alcanzarse el criterio de saturación de los datos.

2. Bloques temáticos extraídos de las entrevistas a los pacientes

- La adaptación con el paso del tiempo

“el deterioro fue poco a poco, entonces te vas haciendo. Si hubiera sido de golpe yo creo que hubiera sido peor”. (Entrevista 10. Mujer. Historia de más de 20 años de dolor).

“con el tiempo lo vas asimilando un poco, es parte de tu vida y tu de la suya” (Entrevista 4. Hombre. Historia de 15 años de dolor).

“veo que tengo que iniciar ese camino a pesar de todo, a pesar de estar enferma y de tener dolor inicio un camino, empiezo a viajar por el mundo entero, empiezo a hacer una carrera, me separo de un hombre terrible que estaba a mi lado y empiezo a vivir una vida nueva..., con mucho dolor, con muchísimo dolor, porque trabajo, estudio, llevo una casa, pero en ese momento ya llevo un TENS puesto, que me ayuda mucho, durante unos años he estado... ha sido una ayuda importante el TENS” (Entrevista 8, Mujer . Historia de más de 20 años de dolor).

- Relatos extremos de dolor

“ese primer dolor era como si te arrancan las uñas, como si te arrancan las uñas con unas tenazas, luego he tenido otros dolores pero ese primer dolor era terrorífico” (Entrevista 7. Mujer. Historia de más de 10 años de dolor).

“me acuerdo.... me acuerdo el paso de la camilla a la cama, después de pasar por la UCI, a los tres días de la operación... es que... ¿no existen palabras para describir ese dolor tan terrible;” (Entrevista 8 . Mujer. Historia de más de 20 años de dolor).

- La búsqueda del diagnóstico

“A mí me ha costado 30 años saber lo que tengo, así que no te lo voy a poder explicar en un minuto”. (Entrevista 10)

“me mandaban a un psiquiatra constantemente y yo decía que bueno que pues que me saquen algo... yo ya hasta rezaba el que me sacasen..., porque en aquella época el cáncer era lo peor que se podía tener, yo decía ¡bueno, pues que me saquen un cáncer! Pero que me digan lo que es, pero es que es un no vivir con dolores y que nadie... o sea... que me decían “pero si esta bien” y te mandan a otro especialista “pues si estás bien” y yo sentía los dolores o sea que estaba loca” (Entrevista 1. Mujer. Historia de más de 20 años de dolor).

“yo creo que cuando hay un desconocimiento sobre cierta patología hay una tendencia, no lo digo por mi caso, lo digo porque conozco también el de mas gente, a llevarlo a la esfera de lo psiquiátrico para justificarlo, y entonces eso aparte del propio dolor que tengas te acaba desmoralizando de tal manera que acabas cayendo en una depresión importante, yo creo que eso sí... es verdad que el sistema sanitario o el desconocimiento que hay sobre esta enfermedad pues contribuye mucho a la sensación de abandono que tienen los pacientes”. (Entrevista 3. Mujer. 2 años de dolor).

- Un mundo diferente

“los primeros meses fueron muy duros, cuando iba en el tren para ir a trabajar yo no oía la música, oía el dolor de mi cuerpo”. (Entrevista 11. Mujer. 1 año de dolor).

“el cambio es totalmente radical en los días de diario, y los días festivos o los fines de semana también completamente distintos porque antes, vamos yo soy una persona que me he considerado bastante activa, entonces siempre me ha gustado pues a lo mejor ir a la montaña o al campo con los amigos o sino salíamos a tomar algo, quedábamos en casa de alguien, actividad que prácticamente se me ha cortado de raíz”. (Entrevista 3. Mujer. 2 años de dolor).

“en el sofá no puedo sentarme. Imposible. Los compramos hace dos años y el niño dijo que compramos el sillón pequeño para él y el sofá para mama y para mi” (Entrevista 4. Hombre. Un año de dolor).

- La presentación de la persona en la vida cotidiana

“No le he contado a nadie de mis amistades, esto (el dolor que sufre) solo lo saben ciertas personas de mi familia, en mi trabajo tampoco lo saben, ni me han visto jamás tomar una medicina” “En el bus o en el tren me da vergüenza, estar tomando las medicinas”. (Entrevista 13. Hombre. Historia de 9 años de dolor).

“si me vieras de lo que he sido a lo que soy ahora. A mí me da vergüenza encontrarme a gente que me conocía antes”. (Entrevista 5. Mujer. Más de 10 años de dolor).

“yo, aunque esté mal, siempre intento dar una buena imagen ante los demás, y en casa cuando estoy mal pues me voy a mi cuarto... ¿tú te imaginas lo que sería mi casa si yo estuviera todo el día enfadada con mi marido y mis hijos? ya bastante tienen como para que yo los esté machacando”. (Entrevista 10. Mujer).

- Los roles de cuidado en las mujeres, el mundo laboral en los hombres

“O sea me sentí tan culpable tan culpable (por no poder realizar sus actividades habituales, al tener mucho dolor) que a los 60 años me he separado de mi marido. Por que me sentía yo muy culpable, o sea, pensaba que no merecía la pena, el era un hombre que le gustaba mucho el campo y le gusta estar allí y yo no tenía que sujetarle más (por tener que vivir en la ciudad para ir al hospital) o sea, para los pocos años de vida que nos quedan... y entonces pues ahora estoy mas tranquila”. (Entrevista 1. Mujer. Historia de más de 20 años de dolor).

“Yo si tuviera que dejar de trabajar eso sería fatal. Me pego un tiro, total para que me estén nomás viendo sufrir, estar como un parásito”. (Entrevista 13. Hombre. 9 años de dolor).

- La crisis en el entorno social

“La familia, pues mis padres por ejemplo, pues no, pues mis padres ya son mayores, como le sucede a la mayoría de la gente, en cuanto te ven mal o con cualquier problema se derrumban ellos. Entonces si “¿Qué tal estás hija? “Pues hoy estoy un poco peor...” pues ya mi madre se pone a llorar, mi padre está completamente preocupado...” (Entrevista 3. Mujer. Historia de dos años de dolor)

- La afectación psicológica

“Sí, a mí me ha influido en el carácter. Me ha cambiado mucho la personalidad. Yo he sido una persona muy tranquila; no, no, más que tranquila muy paciente. Yo he seguido siendo paciente en cuanto a que tengo mucho aguante ¿no? Pero luego por otro lado me hacia explotar de una forma que... de esto que ya no aguanto más y explotas como sea, donde sea, entonces me ha hecho una persona irritable”. (Entrevista 2. Mujer. Historia de más de 20 años de dolor).

- Los recursos “personales” de los pacientes

“Cuando hablo de recursos personales pues me refiero, pues a que tengo capacidad de aprender, me gusta aprender, y soy una mujer que me gusta abrir muchos caminos, con lo cual siempre hay algún elemento de pasión en mi vida..., entonces el afán de aprendizaje me motiva en la vida, y eso es un recurso personal excelente. Y yo no he tenido hijos, eso lo veo en este momento algo muy importante para ser una mujer libre”. (Entrevista 8. Mujer. Más de 20 años de dolor).

“Si no hubiera tenido la posibilidad de informarme por mis conocimientos y mi bagaje pues aun estaría en mi casa, sin saber todavía que es lo que tengo ni cómo curarme ni nada de nada”. (Entrevista 3. Mujer. Historia de 2 años

de dolor).

- Demandas al sistema sanitario: la comunicación y la investigación sobre el dolor

“En la Unidad del Dolor sólo he tenido una cita, el doctor estuvo hablando conmigo una hora y media, y se agradece”. (Entrevista 4. Hombre. 1 año de dolor).

“El otro día salía en el periódico de una operación que ya le están haciendo a los niños en la barriga de su madre, hacen cosas complicadísimas, pues yo no sé por qué no investigan más sobre el dolor, que me parece más fácil”. (Entrevista 1. Mujer. Más de 20 años de dolor).

CONCLUSIONES MÍNIMAS

- La asimetría en la relación médico-paciente y sistema sanitario-paciente, por el hecho de que la legitimidad social que el paciente necesita viene determinada por las anteriores y no puede existir sin ellas, va a producir el desarrollo de distintas estrategias por parte de los pacientes de dolor crónico para procurar un diagnóstico, una mejor atención y un empoderamiento de su enfermedad, es decir, estando el paciente desprovisto del control sobre la misma y sobre su cuerpo, la reacción subsiguiente es que tiende a recobrar ese control mediante cambios utilizando los propios conocimientos derivados de la historia de relación con el sistema sanitario, que van desde utilizar el lenguaje propio de la biomedicina para describir su dolencia a la ocultación de datos que pueden ser desagradables para el médico, mostrar un estado de ánimo positivo en las consultas, no manifestar directamente las quejas a los doctores etc. En este sentido puede decirse que la autonomía de los pacientes pasa por apoderarse de una cierta parcela de saber biomédico y manejarla para la gestión de su enfermedad. Algunos pacientes, aunque pocos, emprenden acciones más organizadas, como puede ser la participación en asociaciones tanto de enfermos como de pacientes con demandas específicas y estrategias propias.

- La causalidad del dolor, es decir, las causas a las que se atribuye su aparición, son con frecuencia aquellas patologías indicadas por los facultativos, pero también con frecuencia se asocia este origen a elementos tanto físicos como morales-emocionales de la vida pasada, lo cual permite la aparición de un sentimiento de culpa o de responsabilidad. El dolor físico, si bien se diferencia, no presenta discontinuidad con el concepto más amplio de dolor y puede ser sentido como su representación.

- La peregrinación de los pacientes con dolor crónico por el sistema sanitario produce aprendizajes, estrategias en los pacientes, da las claves para la construcción e interpretación del propio dolor y frecuentemente –y especialmente en el caso de las mujeres– producen efectos negativos a nivel emocional y psicológico que se incluyen en el bagaje con el que el paciente llega a la Unidad del Dolor.

- El género aparece como una variable relevante, tanto a nivel de epidemiología sociocultural como en cuanto a la expresividad del dolor y sus consecuencias. En este sentido el dolor puede ser una manifestación simbólica del malestar social.

Este artículo se propone analizar la experiencia del dolor desde un punto de vista fenomenológico en el contexto hospitalario. Para ello, siguiendo una metodología etnográfica que combina la investigación tanto cuantitativa como cualitativa, estudia diferentes aspectos de la situación hospitalaria de dos hospitales de Madrid, el Ramon y Cajal y el Gregorio Marañón. Los resultados se exponen a través de tablas y de entrevistas.

Palabras clave: dolor, hospital, paciente, cultura, medicina, sociedad

Nota sobre las autoras

M^a Ena Barroso Pérez Enfermera Supervisora Hospital Ramón y Cajal
Verónica Sánchez Martino Antropóloga
Fundación para la Investigación Biomédica Hospital Ramón y Cajal
ebarroso.hrc@salud.madrid.org
l_i_v_i_d_a@yahoo.es

Estudio cualitativo de carácter etnográfico. El estudio se llevó a cabo en el Área Sanitaria 4 de la Comunidad de Madrid entre Junio de 2006 y Junio de 2007

Referencias bibliográficas

- KLEIMAN, A.M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press
- LE BRETON, D. (2006) *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- LE BRETON, D. (2002). *La Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- PERDIGUERO, E. & COMELLES, J. M. (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Editorial Bellaterra
- SCHEPER-HUGHES, N. (1997). *La muerte sin llanto* Barcelona. Editorial Ariel

LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Damaris Muñoz i Cano
damarismunoz@ub.edu

Guillem Feixas i Viaplana
gfeixas@ub.edu
Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

For a long time, hypnosis has been associated with knowledge areas of little apparent scientific validity. Fortunately, in recent years, hypnosis has proved to be a useful technique for intervention in the health area. The area where more studies have been conducted and with greater success is on the treatment of chronic pain. However, some obstacles must yet be overcome: the limited use of hypnosis in the public health services in Spain, and the resources assigned by universities for research and professional training on these techniques are scarce. This paper aims to briefly review the current state of hypnosis in the treatment of chronic pain, and advocates for its integration within a multidisciplinary treatment of chronic pain.

Key words: hypnosis, chronic pain treatment

Tradicionalmente la hipnosis ha sido criticada por parecer poco científica y asociarse a prácticas esotéricas o de espectáculo. En los últimos años se han realizado estudios empíricos que demuestran que la hipnosis tiene una influencia neurofisiológica (De Pascalis, Cacace y Massicolle, 2004; Horton, Crawford, Harrington y Downs, 2004; Sala 2003) y un efecto positivo en el tratamiento del dolor (Barber, 1996; Barber, 1990; Capafons, 2001; Hilgard y Hilgard, 1975; Montgomery y Schnur, 2005; Patterson y Jensen, 2003; Sala, 2005; Spanos, 1989) y de otras patologías.

La American Psychological Association (APA) en 1993 define la hipnosis como “un conjunto de procedimientos que generan un contexto donde se facilita el cumplimiento de las sugerencias en ciertas personas”. Montgomery y Schnur (2005) cuando definen el término matizan que “el paciente puede experimentar cambios en una sensación (por ejemplo, alivio del dolor), en una percepción (por ejemplo, alucinación visual), en una cognición (por ejemplo, expectativas) o en el

control sobre una conducta motora (por ejemplo, levitación del brazo)". Estos mismos autores, señalan seis mitos en relación a la hipnosis: el primer mito es que el papel del paciente es pasivo. El segundo mito, es que las personas bajo hipnosis pueden perder el control sobre sus acciones. El tercero es que la persona se sentirá diferente. El cuarto es que la persona no podrá salir del trance cuando lo desee. El quinto mito es que los pacientes tendrán amnesia post-hipnótica después de una sesión y finalmente, el sexto es que la hipnosis sólo funciona en pacientes con elevada sugestionabilidad.

Por lo tanto, previamente a iniciar la primera sesión de hipnosis es imprescindible presentar a los pacientes la técnica a emplear. Según Montgomery y Schnur (2005) es necesario educar al paciente en la hipnosis, eliminar los mitos y posibles miedos en relación a la técnica y exponer el grado de eficacia de la misma.

Gracias éstas y a otras muchas aportaciones se ha ido redescubriendo el uso de la hipnosis como una técnica terapéutica amplificadora de la eficacia de otros tratamientos, principalmente farmacológicos (Capafons, 2001; Catel et al., 2007).

El dolor es considerado como el resultado de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos (Hofstadt y Quiles, 2001). Concretamente, el componente psicológico parece influir en las respuestas fisiológicas y en las estrategias de afrontamiento frente a la situación de dolor (Donker, 1999). El dolor una vez que persiste y se cronifica conlleva un alto grado de malestar en términos de la ansiedad asociada a actividades que pueden aumentar el dolor. El que la vida del paciente gire, en gran medida, en torno al dolor y produzca un grado notable de incapacitación y de disminución de la actividad del paciente es uno de sus efectos más negativos (Soler et al. 2006; Vallejo 2005). Diversos estudios muestran diferencias significativas en las repercusiones sobre el estado de ánimo que presentan personas que padecen dolor crónico respecto a otros con diferente tipo de afecciones (Crombez y cols., 1999; Mccracken y Gross, 1993; Moix, 2004; Turk y Okifuji, 2002). En el ámbito de la psicología de la salud, el tratamiento del dolor crónico es pionero y ha conseguido un impacto positivo sobre la calidad de vida de la persona con dolor crónico.

Los meta-análisis realizados sobre este tema demuestran que la adición de la hipnosis a los tratamientos habituales mejora considerablemente su eficacia (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995; Montgomery, Duhamel y Redd, 2000). En un trabajo realizado por Montgomery et al. (2000) que un 75% de los pacientes se beneficiaron respecto al grupo control en el uso de la hipnosis como tratamiento del dolor.

En el campo donde quizás más se ha comprobado la eficacia de la hipnosis es en el tratamiento del dolor, conociéndola como hipnoanalgesia. En un estudio de Castel et. al, (2007) con 45 pacientes con diagnóstico de fibromialgia se compararon tres condiciones experimentales. La primera, hipnosis con sugerencias de relajación. La segunda, hipnosis con sugestión analgésica y finalmente, una tercera con

relajación. Así pues, se presentaron las dos primeras condiciones experimentales como hipnosis. Los resultados indican que la hipnosis con sugerencias analgésicas tiene más efecto en la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del mismo que la hipnosis con sugestión de relajación. Y que el efecto de la hipnosis con sugerencias de relajación no es mayor que el de la relajación.

El hecho de que las sugerencias de analgesia presentaran mayores cambios en la intensidad del dolor y en los componentes sensoriales del dolor manifiesta que el contenido de la sugestión es importante e indican que algunas sugerencias son más efectivas que otras en el control del dolor.

Como afirman los autores, definir las diferencias entre hipnosis y otros métodos para inducir relajación es un trabajo complicado porque todos contienen componentes de relajación y de focalización de la atención y además, parece que no se han comprobado sus diferencias empíricas (Syrjala y Abrams, 1996).

En el estudio de Castel et al, (2007) la condición experimental de hipnosis con sugerencias de relajación difiere de la condición experimental de relajación en que a los participantes de hipnosis se les pidió que visualizaran una imagen y a los de la condición de relajación que se centraran en las sensaciones corporales de relajación y respiración. Castel et al. (2007) consideran que la ausencia de diferencias en los resultados de ambas condiciones se deben a que ambas utilizan sugerencias exclusivamente de bienestar y confort, es decir, un componente afectivo del dolor.

Por otro lado, se ha comprobado que existen correlatos fisiológicos de la hipnosis clínica sobre el paciente a través de técnicas de neuroimagen (SPECT, PET) y de electrofisiología (EMG, EEG, PEC, etc) (Sala, 2005).

Según Moix(2002) el uso de la hipnosis como técnica para reducir el dolor crónico (cefaleas, fibromialgia, dolor lumbar,...) es empleada habitualmente dentro del tratamiento cognitivo – conductual con el objetivo de reducir el dolor, la medicación, las respuestas emocionales de ansiedad y depresión, y finalmente, aumentar la actividad física. Es decir, que los pacientes aprendan a responder a las sugerencias y posteriormente puedan aplicar esa sensación de analgesia no estando bajo hipnosis. No obstante, no está claro cuál es el mecanismo de la hipnosis que influye en disminuir el dolor.

En un trabajo sobre la hipnosis en el tratamiento del dolor Moix (2002) expone tres hipótesis que justifican la evidencia de disminución del dolor crónico mediante la hipnosis, pero que ninguna de ellas por sí sola resulta una explicación satisfactoria. La primera hipótesis sostiene que la hipnosis disminuye el dolor mediante la reducción de la ansiedad. No obstante, esta hipótesis no parece sustentarse principalmente en procesos muy dolorosos como puede ser una intervención quirúrgica sin anestesia. La segunda, las creencias, parece ser que la palabra hipnosis aumenta la expectativa respecto a la eficacia del resultado del tratamiento. Y finalmente, la redirección de la atención. Existen hipótesis que sustentan que mediante la hipnosis

los estímulos dolorosos se procesan a nivel inconsciente y que las sugerencias se procesan a nivel consciente.

La prohibición de la hipnosis en la sanidad pública (BOE 10/2/94) y los pocos recursos en el contexto universitario en la formación de la hipnosis conlleva que en España existan pocas investigaciones sobre la hipnosis (Capafons, 2002b; Vallejo y Capafons, 2005). Con respecto a lo primero, en la Universitat de Barcelona existe desde el 2004 un posgrado en Hipnosis Clínica. Ello constituye un buen paso en la dirección de mejorar la formación en hipnosis de los profesionales. Hay que tener en cuenta que la falta de formación y el mal uso de la hipnosis puede conducir a una cierta iatrogenia (Capafons, 2005). En relación a la investigación, parece que empieza a desarrollarse estudios interesantes y competitivos (p. ej., Castel et al. 2007).

Según Sala (2003, Abril) todavía quedan dos frentes abiertos. Por un lado, la Administración, ya que el tiempo que se emplea en una sesión de hipnosis es considerablemente superior al que la Administración estipula por paciente. Y el otro frente abierto es el de la industria farmacéutica, ya que la efectividad de la hipnosis podría influir en una reducción del uso de fármacos en el tratamiento del dolor crónico.

Montgomery y Schnur (2005) consideran 3 áreas de investigación importantes a desarrollar sobre el uso de la hipnosis: estudios de los cambios cerebrales asociados a la hipnosis, estudios de los mecanismos psicológicos de los efectos hipnóticos y finalmente, estudios de costo – beneficio.

Asimismo, es necesario avanzar en definir el tratamiento más idóneo para el perfil y necesidades específicas de cada paciente. Esto resulta de mayor importancia en el dolor crónico, ya que como anteriormente hemos citado, los pacientes padecen alteraciones en el estado emocional y una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad, problemas de pareja, disfunciones sexuales, etc. (Vallejo, 2005).

Pero a la vista de los resultados expuestos y de otras investigaciones en este campo estamos de acuerdo con Barber (2000) en diferenciar los beneficios que la hipnosis por sí sola puede proporcionar al paciente y el uso de la hipnosis integrada en el tratamiento psicológico multi-componente del dolor crónico. Que se obtengan beneficios que perduren en el tiempo es más probable a través de una intervención interdisciplinar en el que se incluyan talleres psicoeducativos sobre la patología para pacientes y familiares, intervención psicológica familiar e individual con el uso de técnicas terapéuticas que se ajusten al paciente y finalmente, un tratamiento médico indicado (Capafons, 2001; Hofstadt y Quilez, 2001; Penzo, 1989; Rodríguez-Marín y García, 1988).

Durante mucho tiempo la hipnosis ha sido asociada con áreas de conocimiento que parecen considerarse de poca validez científica. Afortunadamente, en los últimos años, el uso de la hipnosis como técnica de intervención en el área de la salud ha demostrado su eficacia. En el campo donde se han realizado mayor número de estudios y donde se ha obtenido mayor éxito ha sido en el tratamiento del dolor crónico. Aun así, deben superarse algunos obstáculos como su uso muy limitado en la sanidad pública y su escasa presencia en la investigación y la formación universitaria. El presente trabajo pretende realizar una breve revisión teórica sobre la situación actual de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico y apostar por su integración dentro de un tratamiento multidisciplinar.

Palabras clave: *hipnosis, tratamiento del dolor crónico*

Referencias bibliográficas

- BARBER, J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BARBER, J. (1990). Hypnosis. En J. Bonica. (Ed.). *The management of pain* (pp. 1733-1741). Philadelphia-London: Lea/Febriger.
- BARBER J. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide*. New York: Norton.
- CAPAFONS, A. (2001) *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- CAPAFONS, A. (2002, Agosto). *Hypnosis in Spain: The long Way to Run*. Comunicación presentada en la 110 Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, EEUU.
- CAPAFONS, A. (2005). Hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 1–2.
- CASTEL, A., PÉREZ, M., SALA, J., PADROL, A. y RULL M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11, 463–468.
- CHAVES, J.F. (1994). Recent advances in the application of hypnosis to pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 17–40.
- CROMBEZ, G., VLAEYEN, J.W. y HEUTS, P.H.(1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329 – 339.
- DE PASCALIS, V., CACACE, I. y MASSICOLLE, F. (2004, Noviembre). Perception and modulation of pain in waking and hypnosis: functional significance of phase ordered gamma oscillations. *Pain*, 12, 27–36.
- DONKER, F.J.S. (1999). Tratamiento psicológico del dolor crónico. En Simón MA. *Manual de psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 537–556.
- EIMER, B.N. (2000). Clinical applications of hypnosis for brief and efficient pain management psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 17–40.
- HILGARD, E.R. y HILGARD, J.R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA: William Kaufmann.
- VAN-DER HOFSTADT, C.J. y QUILES, M.J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, 503–510.
- HORTON, J.E., CRAWFORD, H.J., HARRINGTON, G. y DOWNS, J.H. (2004). Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain*, 127, 1741-7.
- KIRSCH, I., MONTGOMERY, G. y SAPIRSTEN, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 63, 214–20.
- LYNN, S.J. y KIRSCH, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del psicólogo*, 89, 9– 15.
- MCCRACKEN, L.M. y GROSS, R.T. (1993). Does anxiety affect coping with chronic pain? *Clinical Journal of Pain*, 9, 253-259.
- MOIX, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 525–532.
- MONTGOMERY, G.H., DUHAMEL, K.N. y REDD, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138–153.
- MONTGOMERY, G.H. y SCHNUR, J.B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3–8.

- PATTERSON, D.R. y JENSEN, M.P.(2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- PENZO, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- RODRÍGUEZ-MARÍN, J. y GARCÍA, J.A. (1988). Aplicación de técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de dolor crónico. En: Macià D. y Méndez F.X., (eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos* (pp. 309-338). Madrid: Pirámide.
- SALA, J. (2003). Hipnosis en el tratamiento del dolor. *Medicina Clínica*, 121, 219-220.
- SALA, J. (2003, Abril). *Investigación Científica de la hipnosis*. Conferencia. Asociación Española de Hipnosis Ericksoniana. Artículo obtenido el 2 de Diciembre de 2007 en http://www.aehe.com/ultima_hora2.htm
- SALA, J. (2005, Octubre). *Tractament del dolor fibromiàlgic amb hipnosis i fàrmacs vs. sols fàrmacs*. Sessió Clínica de la Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- SYRJALA, K.L. y ABRAMS, J.R. (1996). Hypnosis and imagery in the treatment of pain. In: Gatchel, R.J, Turk, D.C. (Eds.). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (pp. 231-258). New York: Guilford.
- SOLER, MD., SAURÍ, J., ROMERO, A., OCHOA, M., VIDAL, J., CURCOLL, LL y MOIX J. (2006). Tratamiento interdisciplinar del dolor crónico en pacientes lesionados medulares. Resultados preliminares a propósito de tres casos. *Dolor*, 21, 219-230.
- SPANOS N.P., PERLINI A.H. y ROBERTSON L.A. (1989). Hypnosis, suggestion and placebo in the reduction of experimental pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 205, 285-293.
- TUNER, J.A. y CHAPMAN, C.R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. II. Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral therapy. *Pain*, 12, 23-46.
- TURK, D.C. y OKIFUJI, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain*, 70, 678-690.
- VALLEJO, M.A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- VALLEJO, M.A. y CAPAFONS, A. (2005). La hipnosis psicológica en España. *Papeles del Psicólogo*, 89, 39-43.

LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Patricia Martí Augé
Centre Clínic de Musicoteràpia

This article underlines the benefits and therapeutic uses of music, especially in the treatment of chronic pain. Consequently with these purposes different dimensions as sensorial, affective and cognitive aspects of music are considered. In this way music therapy becomes a natural mean for pains relief and palliative care that can be integrated with other medical or not medical treatments.

Key words: Music, therapy, chronic pain, medicine, relaxation, motivation, cognition, affects.

Introducción.

Los resultados obtenidos hasta el momento actual en los diferentes estudios sobre el tratamiento del dolor crónico apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Esteve y Ramírez, 2006; Moix, 2006; Van der Hofstadt y Quiles, 2001). Las intervenciones psicológicas y no farmacológicas, entre las que se encuentra la musicoterapia, son tratamientos que han mostrado sus efectos beneficiosos en diferentes campos de la salud, siendo uno de ellos el del dolor crónico (Martí y Mercadal, 2004). La música ofrecida en un contexto terapéutico ejerce un efecto a nivel multidimensional y presenta diferentes funciones. Los programas de intervención con musicoterapia permiten abordar los aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos de la persona con dolor crónico y contribuye a aliviar su sufrimiento. De este modo, promover estados de relajación o de activación, facilitar la expresión y soporte emocional, elevar el estado anímico o focalizar la atención en el estímulo musical son algunos de los efectos que la música puede ofrecer a la persona con dolor.

La musicoterapia

Las aplicaciones de la música en el contexto terapéutico han estado presentes desde la antigüedad, y el estudio y aplicación de la música como recurso terapéutico

ha ido evolucionando en función de las creencias y costumbres de cada época, pudiéndose distinguir tres fases en este proceso curativo (Alvin, 1984). Una primera fase en la que las curas musicales estaban relacionadas con la magia; una segunda en la que la curación estaba relacionada con la religión y, finalmente, una tercera fase caracterizada por el pensamiento racional. Estos diferentes estudios realizados con la música en la terapia fueron constituyendo los fundamentos y precursores de lo que actualmente se conoce como la musicoterapia moderna y científica.

La American Music Therapy Association (AMTA) es la asociación de musicoterapia que cuenta con más tradición y desarrollo profesional. Según la AMTA (2005), la musicoterapia es la utilización de la música y de todo tipo de experiencias musicales para restaurar, mantener y/o mejorar la salud física y psíquica de las personas. La aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta profesional en un entorno terapéutico, puede promover cambios deseables en el funcionamiento físico, cognitivo, psicológico o social de personas con problemas educativos o de salud. Es interesante señalar unos puntos clave de este tipo de tratamiento: la utilización clínica y basada en la evidencia de las intervenciones musicales, la importancia de la relación terapéutica en el contexto musical, y la implementación del tratamiento por parte de un profesional especializado en esta disciplina es lo que ayudará en la consecución de objetivos terapéuticos.

La musicoterapia en medicina

Los campos de aplicación de la musicoterapia son amplios y variados, siendo el área médica una interesante especialidad. La aplicación de la musicoterapia en medicina ha ido experimentando un creciente interés desde los años 80 gracias a los resultados satisfactorios que se han ido obteniendo en diversos estudios e investigaciones sobre la materia. Standley (1986) realizó un primer meta-análisis en el que recogió los diferentes tipos de intervenciones musicoterapéuticas en contextos médicos, describió las técnicas aplicadas, y categorizó los diferentes parámetros estudiados y medidos. Esta autora ha ido realizando a lo largo de los años actualizaciones de estos metanálisis, aportando así un interesante y sólido cuerpo teórico y metodológico para esta especialidad y disciplina (Standley, 2000). Paralelamente, las aportaciones de la musicoterapia se han valorado también como terapia no verbal artística y creativa y como terapia natural, complementaria y no-farmacológica. El número de estudios científicos sobre los efectos de la música en el tratamiento médico continúa creciendo en la actualidad, y ofrece valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la salud, así como interesantes implicaciones para futuras investigaciones y aplicaciones, hecho que ha ayudado a validar el uso de la musicoterapia y a reconocer su rol en medicina (Winn & Winn Walker, 1996).

La musicoterapia en medicina se puede definir como la utilización de estrate-

gias musicoterapéuticas para ayudar en el tratamiento de enfermedades y en el reestablecimiento de la salud de las personas (Maranto, 1991). La AMTA (2005) defiende y regula la utilización específica de la música en contextos médico-quirúrgicos, pediátricos, paliativos, obstétricos y de rehabilitación, entre otros. Las aplicaciones de la música en medicina son amplias y diversas: la musicoterapia ha sido utilizada con pacientes de todas las edades, incluyendo bebés, niños, adultos y personas mayores y en diferentes contextos: cirugía, unidad de cuidados intensivos neonatales, pediatría, rehabilitación física, cuidados respiratorios, unidad de quemados, reducción del estrés, hospital general y UCI, preparación al parto, oncología, enfermedades terminales, y unidades de tratamiento del dolor, entre otros (Evans, 2002).

Dimensiones del dolor y efectos de la música

El dolor ha sido descrito como un fenómeno complejo resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos (Melzack & Cassey, 1968). Esta manera de entender el dolor integra los aspectos fisiológicos con los psicológicos, y permiten abordar el dolor de una manera multidimensional (Van der Hofstadt y Quiles, 2001).

Una de las características terapéuticas de la música es precisamente su multidimensionalidad, dado que muchos son los efectos que ésta tiene sobre las diferentes áreas o dimensiones del ser humano (Martí, 2000). La música tiene pues, un efecto a nivel multimodal, permitiendo tratar aspectos de tipo sensorial, cognitivo y emocional, entre otros (Taylor, 1997). De este modo, variar determinados parámetros fisiológicos del organismo, disminuir la tensión, facilitar estados de relajación, facilitar la expresión y soporte emocional, modular el estado anímico o focalizar la atención en el estímulo musical son algunos de los efectos que la música puede tener en el tratamiento de una persona con dolor.

Seguidamente pasamos a describir algunas de las conexiones que se dan entre la música y las 3 dimensiones del dolor formuladas por Melzack y Wall (1965).

1) Dimensión sensorial-discriminativa

La música puede tener efectos a nivel sensorial y por tanto a nivel físico-corporal. En el contexto del dolor, muchas de las intervenciones con musicoterapia suelen ir dirigidas a favorecer estados de relajación.

Una frecuente categorización de la música y de sus efectos a este nivel es la que propuso Gaston (1968) a finales de los años 60, que sigue en vigor en la actualidad, y que clasifica la música como música sedante versus música estimulante. Esta categorización de la música resulta especialmente interesante y útil en el campo de la musicoterapia en medicina y concretamente en el contexto del control del dolor, un campo en el que el análisis de los efectos de la música a nivel fisiológico tiene especial importancia, así como el control del

estímulo musical y de sus parámetros. La sincronización entre parámetros fisiológicos y musicales es un hecho ya descrito, pudiéndose afirmar que una música utilizada de manera estudiada y controlada puede modular las respuestas de la persona (Maranto, 1993). La utilización de una música de carácter sedante para elicitar estados de relajación, conjuntamente con estrategias terapéuticas orientadas hacia ese fin, es una de las intervenciones ampliamente utilizada en la musicoterapia dirigida al control del dolor (Cepeda, 2006). En términos generales, la música sedante es aquella que se considera más facilitadora de estados de relajación y que se caracteriza por: tempos lentos y regulares, pasajes legato, ausencia de elementos rítmicos y percusivos, cambios previsibles, dinámicas suaves, armonías consonantes, melodías simples y con intervalos cercanos (Mandel, 1996).

La respiración y la relajación se presentan habitualmente como dos estrategias válidas y eficaces para facilitar estados de mayor distensión, descanso, relajación en personas que sufre dolor... Se ha observado como ante una situación de dolor pueden verse aumentados los niveles de ansiedad, lo que suele conllevar a su vez un bloqueo de la respiración. La música puede actuar como guía para acompañar y controlar esta respiración y ayudar a focalizar la atención en la técnica de relajación, disminuyendo las distracciones (Saperston, 1999). A fin de potenciar el estado de relajación de una persona o paciente, es fundamental determinar cuáles son sus preferencias musicales en general y cuál es su música preferida para relajarse (Gaston, 1951, citado en Saperston, 1989, p.28). Cuando el estímulo musical es percibido como agradable y relajante pueden verse potenciados los procesos fisiológicos y psicológicos de la relajación (Davis & Thaut, 1989).

Por otro lado, en el contexto del dolor cabe señalar que frecuentemente no sólo es importante diseñar estrategias de relajación, sino también de estimulación física, de modo que la música puede actuar como un agente estimulante, que ofrece una señal auditiva que actúa como inductora del movimiento, y que al resultar agradable e inspiradora para la persona puede motivar y facilitar su implicación en la realización de ejercicio físico o de tareas cotidianas, aumentando así el nivel de actividad de su vida diaria (Gfeller, 2000; Moreno, 2005; Thaut 2000; Wolfe 1978; Zelazny, 2001). La música puede pues acompañar el ejercicio físico y/o de rehabilitación, y en este contexto el tipo de música seleccionada deberá tener unas características estimulantes, con parámetros musicales totalmente distintos de los de la música relajante, fin de inducir más fácilmente el movimiento.

2) **Dimensión motivacional-afectiva**

Con respecto al nivel afectivo, han sido también estudiado los efectos de la música y musicoterapia en pacientes hospitalizados o en contextos médicos, en

los que la ansiedad, distrés y dolor pueden estar frecuentemente presentes (Spintge, 1991). El Dr. Ralph Spintge (1989) acuñó el término de “música ansiolítica”, basándose en el hecho de que el input auditivo es un modulador del estado anímico y de la respuesta al estrés. Determinados programas de musicoterapia están diseñados para ofrecer un apoyo psicológico a la persona que sufre ansiedad y estrés debido a diferentes aspectos, siendo el dolor uno de ellos (Gfeller, 2000; Standley, 2000). La música puede inducir cambios positivos en el estado anímico ayudando al paciente a afrontar su situación de dolor, fomentar verbalizaciones positivas, así como elicitar experiencias emocionales positivas que pueden llegar a tener un rol incluso catártico (Bonny, 1983; Brown, Chen & Dworkin, 1989; Kenny & Faunce, 2007; Wolfe, 1978). La música se ha considerado desde tiempos remotos como una forma de comunicación potente, con la que se pueden expresar emociones profundas, además de ofrecer un bienestar emocional (Colwell, 1997). Las técnicas de musicoterapia tanto activas como receptivas permiten ahondar en el campo emocional, y ofrecer un espacio de soporte y ventilación emocional. Así, participar en audiciones musicales, cantar o vocalizar en grupo, escribir canciones, analizar letras de canciones con mensajes significativos, tocar instrumentos o improvisar con ellos, y hacer movimientos al ritmo de la música son algunas de las técnicas que han mostrado su eficacia como recurso expresivo de personas que sufren dolor (Clair, 1996; Colwell, 1997; Krout, 2001; Magill-Levreault, 1993).

3) La dimensión cognitiva-evaluativa

La música se puede utilizar conjuntamente con métodos cognitivos dirigidos a reducir la percepción del dolor. Una de las funciones de la música es ayudar a focalizar la atención en ella misma y/o en el ejercicio de relajación, y mantener la concentración en el estímulo agradable (Saperston, 1999; Wolfe, 1978). En técnicas de tipo más activo, que requieren una mayor implicación y activación por parte de la persona, como cantar canciones o tocar instrumentos musicales, la música juega también un papel importante como agente distractor del dolor (Brown, Chen & Dworkin, 1989).

Además, uno de los frecuentes objetivos generales de intervención en las sesiones de musicoterapia dirigidas a pacientes con dolor crónico es el de abordar las estrategias de afrontamiento y realizar un trabajo de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, asertividad, etc. De este modo, ayudar al paciente a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones desadaptadas, corregir y modificar las creencias disfuncionales que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre su situación; analizar el tipo y adecuación de los repertorios conductuales, e incidir en el rol que tienen los pensamientos y sentimientos del paciente en su proceso de dolor, son objetivos terapéuticos que

se abordan en las sesiones de musicoterapia y que van en la misma línea de los diferentes tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales, que han sido descritos como eficaces (Blanchard y Scharff, 2002; Follick, Ahern & Aberger, 1987; Gottlieb, Strite, Koller, Madrosky, Hockersmith, Kleeman, & Wagner, 1977; Khatami y Rush, 1978; Kole-Snijders, Vlaeyen, Goossens, Rutten, Heuts, van Eek, & van Breukelen; 1999; Kulich y Gottlieb, 1985; Meichenbaum, 1977; Turk, 1978; Turk y Genest, 1979; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Turk y Okifuji, 2002; Pincus, Vlaeyen, Kendall, Von Korff, Kalauokalani, & Reis, 2002); Sinclair y Wallston, 2001; Williams, Cary, Groner, Chapli, Galzer, Rodriguez, & Clauw, 2002).

Las técnicas de musicoterapia tanto activas (análisis de letras de canciones, composición de canciones, tocar instrumentos musicales, improvisar o cantar canciones) como receptivas (relajación acompañada de música) son un excelente recurso que permite trabajar también en el plano cognitivo de la persona con dolor.

Las funciones de la música en el contexto del dolor

Las aplicaciones de la música en el campo del dolor son diversos, y la musicoterapia ha sido utilizada como tratamiento para el control del dolor en contextos como: rehabilitación física, psicoprofilaxis quirúrgica, preparación al parto, unidad de quemados, UCI, pediatría, oncología, cuidados paliativos, etc., así como en el contexto propiamente del dolor crónico (Cepeda, 2006; Rider, 1987; Schorr, 1993; Sedi-Godley, 1987; Standley, 2000; Wolfe, 1978).

Cuando hablamos de la música aplicada en el tratamiento del dolor, ansiedad y estrés, la música puede tener diferentes funciones. Según la Dra. Jane Standley (2000) en este conetxtto la música tiene tres funciones: audioanalgésica, ansiolítica y sedante. Con respecto a la función audioanalgésica, un mecanismo explicativo del efecto analgésico de la música estaría basado en la teoría del control de la puerta (Melzack & Wall, 1965), dado que se ha demostrado que el dolor y las vías auditivas se inhiben mutuamente (Spintge, 1989; Koch, Kain, Ayoub & Rosenbaum, 1998). Desde un punto de vista bioquímico, se ha observado como los estímulos musicales pueden también influir en la producción bioquímica, alterando los niveles de endorfinas y reduciendo el malestar del paciente (Gfeller, 2000). Así pues, la música puede actuar como agente audioanalgésico disminuyendo la ingesta de fármacos (Colwell, 1997). Con respecto a la función sedante, ciertamente se puede afirmar que el efecto calmante de la música puede llegar a disminuir la necesidad no sólo de analgésicos sino también de sedantes, especialmente de aquellos pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas (Clancy, Martí y Mercadal, 2005; Koch, et al., 1998; Lepage, Drolet, Girard, Grenier & DeGagné, 2001; Scartelli, 1989). La función ansiolítica de la música ha sido ya descrita en el punto anterior.

Otra posible categorización de las funciones de la música en el control es la que

propone Gfeller (2000) y que describimos a continuación:

- a) Música como foco activo de atención: Tal y como se ha comentado anteriormente, la música ayuda a focalizar la atención del paciente en un estímulo musical siempre y cuando ésta le resulte agradable, y a distraerle de la sensación o estímulo doloroso y aversivo.
- b) Música como guía de la relajación: La música puede guiar la relajación, adaptándose a los diferentes métodos de relajación a los que acompaña (Bonny, 1983; Scartelli, 1989). Es importante adecuar la música al tipo de técnica de relajación seleccionada y al tipo de objetivo específico formulado, así como contemplar los criterios de selección de música para relajar (Martí, 2006). Una música familiar y tranquila puede aportar seguridad y sensación de control, hecho que revierte y facilita positivamente los estados de relajación.
- c) Música como agente enmascarador: Determinados sonidos del entorno pueden resultar desagradables y molestos para la persona, pudiendo incluso exacerbar su experiencia dolorosa. Escuchar música con auriculares puede ayudar a enmascarar y mitigar esos sonidos desagradables del entorno y reducir la ansiedad producida por esos factores externos.
- d) Música como agente informador: La búsqueda de información es una de las estrategias de afrontamiento que puede ayudar a reducir los correlatos psicológicos negativos del dolor. En el contexto pediátrico especialmente, componer o adaptar letras de canciones que aporten información relacionada con la experiencia dolorosa ha de mostrado ser beneficiosa (Chetta, 1981)
- e) Música como estímulo musical positivo: La sensación de falta de control de la situación constituye una fuente de estrés y puede exacerbar la percepción dolorosa. Si bien la percepción de la pérdida de control puede ser inevitable en algunas circunstancias, ésta puede mitigarse con la presencia de una música familiar, agradable y preferida por el paciente. Cuando la música es elegida por el propio paciente, suele aumentar su sensación de control y aportar una experiencia positiva.

Es importante señalar que todas estas funciones de la música parten de una premisa muy importante en musicoterapia: respetar las preferencias musicales de cada paciente y adaptarse a sus necesidades y capacidades de cada momento. Y al igual que una estrategia del control del dolor no funciona igual para todos los pacientes, una misma música puede provocar efectos totalmente distintos en ellos. La observación y acompañamiento del paciente en todo momento, así como la adaptación de la música y las técnicas de musicoterapia a las necesidades de cada momento, posibilitarán un mayor éxito en la consecución de los objetivos de intervención.

La musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico

Los resultados de las diferentes líneas de investigación sobre el tratamiento del dolor crónico desarrolladas hasta el momento actual apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Esteve y Ramírez, 2006; Moix, 2006; Van der Hofstadt y Quiles, 2001). Se ha mostrado como los factores psicológicos juegan un gran papel en la experiencia del dolor, hecho que ha llevado al desarrollo de diferentes métodos y técnicas psicológicas para su tratamiento (Miró, 2003) y a incorporar al presencia del psicólogo especialista en el tratamiento del dolor en el equipo multidisciplinar (Vallejo y Comeche, 1994, citado en Barba Tejedor, 2007).

Partiendo de la experiencia de países extranjeros en los que la musicoterapia está firmemente arraigada desde hace años, podemos decir que el musicoterapeuta tiene un rol definido en este equipo multidisciplinar, trabajando conjuntamente con el psicólogo, y aportando una visión complementaria propia de las terapias artísticas creativas así como de las llamadas terapias naturales y no farmacológicas.

Como terapia artística creativa, el tratamiento con musicoterapia ofrece una comunicación de tipo no verbal a través de la música, que suele ser el medio principal de expresión. Este enfoque terapéutico, resulta eficaz para ayudar al paciente a expresarse sin palabras y para ofrecerle un espacio de seguridad en el que explorar nuevas vías de exploración y descubrimiento personal, a fin de afrontar su situación de vida (Bullington, Sjöström-Flanagan, Nordemar & Nordemar, 2005).

Como terapia natural, cabe decir que la musicoterapia -al igual que sucede con las otras terapias no farmacológicas- es un tratamiento que permite optimizar las áreas de funcionamiento del enfermo, evita los efectos secundarios de los fármacos, y adecuadamente implementadas por especialistas, puede ser compatible con otros tratamientos (Mercadal y Martí, 2005). En la misma línea, Benenson (2006) argumenta que el tratamiento no tiene riesgo de presentar efectos secundarios, que estimula internamente al sujeto sin necesidad de que éste ingiera o se le inyecte algo externamente, que tiene como objetivo principal el hacer tolerable el dolor, y que actúa sobre factores psicológicos.

De entre las diferentes orientaciones y modelos de intervención de la musicoterapia reconocidos internacionalmente podemos destacar aquí el modelo cognitivo-conductual. Al igual que sostiene Miró (2003) en apoyo de este modelo filosófico de intervención, esta orientación resulta adecuada para tratar la complejidad del problema de dolor crónico.

Los programas de musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico suelen ir dirigidos a trabajar estos objetivos generales de intervención (Martí, 2007):

- Ofrecer un espacio de entrenamiento y adquisición de estrategias de afrontamiento del dolor a nivel físico-sensorial (mediante técnicas de relajación y/o estimulación apoyadas en la música), a nivel afectivo (mediante técnicas de expresión y ventilación emocional con música) y a

nivel cognitivo (mediante técnicas de distracción y reestructuración cognitiva apoyadas en la música).

- Promover un cambio conductual en la vida diaria de los pacientes, mejorando aspectos relacionados con el nivel de actividad, estado anímico, relaciones interpersonales, entre otros.
- Aportar apoyo social y contribuir a la socialización mediante un espacio de encuentro periódico en el que participar y relacionarse con el grupo y/o musicoterapeuta.

Cabe señalar, que si bien nos hemos centrado en las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor, en el contexto musicoterapéutico es importante considerar también la dimensión social de la persona con dolor crónico. La música ha sido considerada desde siempre como un excelente agente socializador (Gaston, 1968), que permite a los participantes relacionarse e interactuar a nivel verbal y no verbal, trabajar las habilidades sociales y disminuir el aislamiento, un hecho importante en el contexto del dolor crónico (Moreno, 2005).

El tratamiento de musicoterapia en el campo del dolor puede ser aplicado tanto a nivel individual como grupal. El formato de sesión grupal permite personalizar y adaptar más las estrategias de relajación acompañadas con música, y resulta especialmente indicado en aquellas personas que presentan más dificultades en este tipo de técnicas. Por otro lado, el formato grupal, ofrece un espacio para compartir problemas y experiencias, y disminuir la sensación de aislamiento, además de presentar la ventaja de ahorrar en recursos (Gentry & Owens, 1986). Al igual que en otras intervenciones psicológicas, el perfil del paciente y los objetivos específicos a trabajar pautarán una sesión de tipo individual o grupal, bien una combinación de ambos formatos.

Dada la naturaleza compleja del dolor y de las necesidades cambiantes de las personas que lo experimentan, es importante señalar que ningún enfoque y tratamiento ha resultado ser efectivo con todos los pacientes en todas las situaciones y circunstancias (Groen, 2007). Y si bien la musicoterapia es un tratamiento efectivo para el manejo de los síntomas del dolor, hasta el momento no existe tampoco un abordaje concreto que funcione de manera exitosa con todos los pacientes. Por eso es importante la adaptación continuada a cada persona, y a los diferentes momentos y etapas por los que atraviesa cada paciente con dolor crónico.

Conclusiones

Las intervenciones realizadas hasta ahora en el campo de la musicoterapia han ido mostrando los beneficios de la música aplicada en el contexto del dolor crónico. Las técnicas y tratamientos de musicoterapia pueden modificar los procesos sensoriales, afectivos y cognitivos, reduciendo la percepción del dolor y el sufrimiento, aumentando la sensación de control, elevando el estado anímico, y favoreciendo la implicación de la persona con dolor crónico en actividades de

ejercicio físico o de relajación.

Los estudios y programas desarrollados en el campo de la musicoterapia y tratamiento del dolor han sido mayoritariamente desarrollados en países extranjeros. Si bien se han ido desarrollando en nuestro país pocos algunos programas piloto de musicoterapia para el tratamiento del dolor crónico, hasta el momento actual existen pocos estudios publicados y realizados a nivel nacional sobre esta materia (Benenzon, 2006; Moreno, 2005). Sin embargo, las experiencias y programas realizados apuntan interesantes resultados y aportaciones de la musicoterapia en el contexto del dolor crónico. Dar continuidad a estas líneas de investigación inicialmente abiertas, implementar nuevos programas piloto y ampliar el tratamiento multidisciplinar con la incorporación de la figura del musicoterapeuta dentro del equipo de profesionales del tratamiento del dolor es uno de los objetivos a seguir trabajando en nuestro país, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por el dolor crónico.

La musicoterapia presenta indudables beneficios para el tratamiento del dolor crónico. En este artículo se ponen de relieve los aspectos sensoriales, cognitivos y afectivos que la música puede aportar como terapéutica específica en la desensibilización al dolor y los cuidados paliativos. De este modo la musicoterapia se puede integrar fácilmente en los distintos tratamiento tanto de naturaleza médica como no médica.

Palabras clave: Música, terapia, musicoterapia, dolor crónico, medicina, relajación, motivación, cognición, afecto.

Referencias Bibliográficas

- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- American Music Therapy Association. (2005). *AMTA Member Sourcebook 2005*. Silver Spring: American Music Therapy Association, Inc.
- Barba Tejedor, D. A. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. En: J. Honorato Pérez y J. Pérez-Cajaraville (coord.). *Plan Maestro en Abordaje Integral del Dolor* (pp. 89-114). Tres Cantos - Madrid: YOU&US, S.A.
- Benenzon, R. (2006). Musicoterapia en el dolor crónico. Reflexiones a partir de una investigación. *Música, Terapia y Comunicación*, 26, 65-80.
- Blanchard, E.B. y Scharff, L. (2002). Psychological aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 725-738.
- Bonny, H. L. (1983). Music listening for intensive coronary care units: A pilot Project. *Music Therapy*, 3 (1), 4-16.
- Bullington, J.; Sjöström-Flanagan, C.; Nordemar, K.; & Nordemar, R. (2005). From pain through chaos towards

new meaning: Two case studies. *The Arts in Psychotherapy* 32, 261–274.

- Brown, C.J.; Chen, A.C.N.; & Dworkin, S. F. (1989). Music in the control of human pain. *Music Therapy*, 8, 47-60.
- Cepeda, M.S.; Carr D.B.; Lau, J. y Alvarez, H. (2006). Music for pain relief (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
- Chetta, H.D. (1981). *The effect of music and desensitization on pre-operative anxiety in children. Journal of Music Therapy*, 18, 74-87.
- Clair, A. A. (1996). Therapeutic uses in surgery, invasive medical procedures, and palliative care. In: A. A. Clair (Ed.). *Therapeutic uses of music with older adults*. (pp. 169-193) Baltimore: Health Professions Press, Inc.
- Clancy, C., Martí, P., y Mercadal, M. (2005). La musicoterapia en el contexto quirúrgico. www.psiquiatria.com (recuperado el 15.06.2007).
- Colwell, C. (1997). Music as a distraction and relaxation to reduce chronic pain and narcotic ingestion: A case study. *Music Therapy Perspectives* 15 (1): 24-31.
- Davis, W. B. y Thaut, M. H. (1989). The Influence of Preferred Relaxing Music on Measures of State Anxiety, Relaxation, and Physiological Responses. *Journal of Music Therapy*, 26, (4), 168-187.
- Esteve, R. y Ramírez, C. (2006). El desafío del dolor crónico. Ediciones Aljibe: Archidona (Málaga).
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1), 8-18.
- Follick, M.J.; Ahern, D.K. & Aberger, E.W. (1987). Behavioral treatment of chronic pain. En J.A. Blumental y D.C. McKee (Eds.) *Applications in Behavioral Medicine and Health Psychology*. Sarasota: Professional Resource Exchanges.
- Gaston, E. T. (1951). Dynamic music factors in mood change. *Music Educators Journal*, 37, 42-44.
- Gaston, E. T. (1968). *Music in therapy*. New York: The Macmillan Company.
- Gentry & Owens, D. (1986). Pain groups. In A.D. Holzman & D. C. Turk (Eds.), *Pain Management: A handbook of psychological treatment approaches* (pp.100-112). New York: Pergamon Press.
- Gfeller, K. (2000). Musicoterapia en el tratamiento de problemas médicos. En: W. B. Davis, K. E. Gfeller & M. H. Thaut (Eds.). *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. (pp.214-232). Barcelona: Boileau.
- Gottlieb, H.; Strite, L.C.; Koller, R.; Madrosky, A; Hockersmith, V.; Kleeman, M. y Wagner, J. (1977). Comprehensive rehabilitations of patients having chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58, 101-108.
- Groen, K. M. (2007). Pain assessment and management in end of life care: A survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of Music Therapy*, 44 (2), 90-112.
- Kenny, D. T. & Faunce, G. (2004). The impact of group singing on mood coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic. *Journal of Music Therapy*, 41 (3), 241-258
- Khatami, M. y Rush, A.J. (1978). A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system interventions. *Pain*, 5, 163-172.
- Koch, M.; Kain, Z.N.; Ayoub, C.; & Rosenbaum, S.H. (1998). The sedative and analgesic sparing effect of music. *Anesthesiology*, 89, 300-306.
- Kole-Snijders, A.M.J.; Vlaeyen, J.W.S.; Goossens, M.; Rutten, P.M.H., Heuts, P.T.G.; van Eek, H. y van Breukelen, G. (1999). Chronic low-back pain: What does cognitive skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 931-944.
- Kulich, R.J. y Gottlieb, H. (1985). The management of chronic pain. A cognitive-functioning approach. En D. Upper y S.M. Ross (Eds.) *Handbook of Behavioral Group Therapy*. New York: Raven Press.
- Krout, R. E. (2001). The effects of single session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18 (6), 283-270.
- Lepage, C.; Drolet, P.; Girard, M.; Grenier, Y. & DeGagné, R. (2001). Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia. *Anesthesia Analgesia*, 9, 912-916.
- Magill-Levreault, L. (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care*, 9 (4), 42-48.
- Mandel, S. E. (1996). Music for wellness: Music Therapy for stress management in a rehabilitation program. *Music Therapy Perspectives*, (14), 38-43.
- Maranto, C. D. (1991). A classification model for Music and Medicine. In C.D. Maranto (Ed.) *Applications of Music in Medicine* (pp. 1-6). Washington, DC: National Association for Music Therapy.
- Maranto, C.D. (1993). Applications of music in medicine. *Music Therapy in Health and Education*. London:

Jessica Kingsley Publishers Ltd.

- Martí, P. (2000). Visión General y Teoría de la Musicoterapia. En: *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 287-305) Barcelona: Ediciones Morata.
- Martí, P. (2006). XII Aniversario de la formación en terapias naturales. Musicoterapia, Relajación con Música. Barcelona: Barcelona: Fundació "la Caixa".
- Martí, P. (2007). Musicoterapia en el tratamiento del dolor crónico. *Música, Terapia y Comunicación*, 27, 41-46.
- Martí, P. & Mercadal, M. (2004). Una introducción a la Musicoterapia en Medicina. *Música, Terapia y Comunicación*, 24, 85-91.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Melzack, R. & Cassey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control of determinants of pain: A new conceptual model. In: D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses* (423-443). Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). The pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mercadal, M. y Martí, P. (2005). Terapias Complementarias. Musicoterapia: Un instrumento de ayuda para las personas con problemas de salud. *Revista Rol de Enfermería*, 28 (3), 214-218.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Moix, J. (2006). Cara a cara con tu dolor. Técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico. Barcelona: Paidós.
- Moreno Valderrey, C. (2005). Influencia de la estimulación musical en la percepción de la sensación dolorosa: Caso particular de la fibromialgia. Tesina presentada en la Universidad de Salamanca.
- Pincus, T.; Vlaeyen, J.W.; Kendall, N.A.; Von Korff, M.R.; Kalamakani, D.A. & Reis (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors of low back pain: directions for the future. *Spine*, 27, E133-E138.
- Rider, M. S. (1987). Treating chronic disease and pain with music-mediated imagery. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 113-120.
- Saperston, B. M. (1989). Music-Based Individualized Relaxation Training in medical settings: A stress-reduction approach for the behaviorally disturbed mentally retarded. *Music Therapy Perspectives*, (6), 23-33.
- Saperston, B. M. (1999). Music-Based Individualized Relaxation Training in medical settings. En C. Dileo (Ed.) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and clinical applications* (pp. 541-51). Silver Spring: American Music Therapy Association, Inc.
- Scartelli, J. P. (1989). *Music & Self-Management Methods. A physiological model*. St. Louis, Missouri: MMB Music, Inc.
- Sedei-Godley, C.A. (1987). The use of music therapy in pain clinics. *Music Therapy Perspectives*, 4, 24-28.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2001). Predictors of improvement in a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 291-297.
- Schorr, J.A. (1993). Music and pattern change in chronic pain. *Advances in Nursing Science*, 15, 27-36.
- Spintge, R. (1989). The anxiolytic effects of music. En: M. H.M. Lee (Eds.), *Rehabilitation, music & human well-being*. (pp. 82-97). St. Louis: MMB Music, Inc.
- Spintge, R. (1991). The Neurophysiology of emotion and its therapeutic application to music therapy and MusicMedicine. En Maranto, Ch. (Ed.) *Applications of music in medicine*. (pp. 59-72). Washington, D.C.: National Association for Music Therapy
- Standley, J. (1986). Music research in medical/dental treatment: Meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, 23 (2), 56-122.
- Standley, J. M. (2000). Music research in medical/dental treatment: An update of a prior meta-analysis. En: American Music Therapy Association (Ed.) *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice* (3rd ed., pp. 1-60). Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- Taylor, D. B. (1997). *Biomedical foundations of music as therapy*. Sant Louis: MMB Music Inc.
- Thaut, M. H. (2000). Musicoterapia en la rehabilitación neurológica. En: W. B. Davis, K. E., Gfeller & M. H. Thaut (Eds.). *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. (pp.233-262). Barcelona: Boileau.
- Turk, D. C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.) *Cognitive Behavior: Research and Applications*. New York: Plenum Press.
- Turk, D.C. & Genest, M. (1979). Regulation of pain: the application of cognitive and behavioral techniques for prevention. En P.C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.) *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. New York: Academic Press.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.

- Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 678-690.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Van der Hofstadt, C. J. y Quiles, M.J. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 8*, 503-510.
- Williams, D.A.; Cary, M.A.; Groner, K.H.; Chapli, W.; Galzer, L.J., Rodriguez, A.M. & Clauw, D.J. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive-behavioral intervention. *Journal of Rheumatology, 29*, 1280-1286.
- Winn, T & Winn Walker, J. (1996). Music therapy and medicine: A Creative Coalition. *Music Therapy Perspectives, 14*, 44-49.
- Wolfe, D.E. (1978). Pain rehabilitation and music therapy. *Journal of Music Therapy, 25* (4), 162-178.
- Zelazny, C. M. (2001). Therapeutic instrumental music playing in hand rehabilitation for older adults with osteoarthritis: Four case studies. *Journal of Music Therapy, 38* (2): 97-113.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com