



# Evaluación conductual del dolor crónico

Wilma Penzo



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**

(043) 86 PEN

R 194.294

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA



---

EVALUACION CONDUCTUAL

DEL DOLOR CRONICO

---

Tesis doctoral dirigida por el  
Prof. Dr. CARLOS BALLUS PASCUAL

Doctoranda:

WILMA PENZO

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700389687

Barcelona, enero 1986

A LETICIA, A IRINA,

Y A KEREN:

la nena que llegó.

## AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud, inicialmente, no se dirige a alguien que pertenezca a la comunidad científica en sentido estricto, sino a las cuarentidós personas con las cuales se ha realizado el presente trabajo. Ellas me han enseñado con paciente ironía el valor de los nietecitos, de los piñones que germinan, del fútbol como problema y de las cortinas que nunca están bien planchadas. Ellas me han confirmado la importancia del ambiente natural y, en general, como dijo alguien, que "sí, hay vida inteligente más allá del despacho profesional". Después de estas personas, he de agradecer al Prof. W. Fordyce el haberme enseñado que los pacientes con dolor crónico no son seres extragalácticos.

En segundo lugar, mi agradecimiento es para quien me inició en la investigación conductual: el Prof. S. Sapon. El me enseñó a entrenar mi primera rata y me permitió realizar mi primera sesión con un niño.

En tercer lugar, agradezco al Dr. J. Toro no sólo el haber sido víctima de uno de sus arrebatos de entusiasmo contagioso - en este caso, por el tema del dolor - sino algo mucho más importante: el haber empezado a pensar en términos de interacción. En esta línea, creo que debo a E. Ribes y, a través de su obra, a G. Ryle lo que considero es un ver las cosas de una forma más inteligente y a A. Sepulcre y a E. Roca, el haberlo podido practicar.

Dos personas han sido cruciales para la realización del presente estudio: J. Llinàs, que colaboró con su trabajo en la parte experimental y con su escepticismo, en la teórica y A. Vallés, sin cuya ayuda no se hubiera podido realizar ni siquiera esta escuetísima elaboración estadística de los datos.

A mi Director de tesis, el Prof. C. Ballús, agradezco su confianza y la decisiva ayuda para allanar dificultades

Por último, en este trabajo han intervenido muchísimas personas. Desde Leticia, que supervisó la impresión y que es la única que ha entendido que una tesis puede tener aspectos muy divertidos hasta los compañeros de "Taiga" y de la Facultad, que se brindaron ingenuamente a ayudar "en lo que fuera" y que han sido debidamente explotados.

A A. Sepulcre, de nuevo, a M. Martínez, P. Puig, M<sup>a</sup> J. Pujol A. Buxeres, a G. Canalda, C. Basil, M. Llorente y T. de Flores, y a todos agradezco la ayuda concreta que me han prestado pero, sobre todo, el que hayan contribuido a hacer de mi ambiente natural algo tan extremadamente confortable. Gracias.

## INDICE

### INTRODUCCION

El dolor como objeto de estudio de la Psicología	2
Conceptos de la Psicología Conductual pertinentes al estudio del dolor	13
La evaluación conductual en el estudio del dolor	17
El problema del dolor crónico	29
El llamado "Dolor Psicogénico"	33
El problema de la justificación. Las relaciones entre lesión y dolor	41
Categorías de factores causales	49
Psicología Conductual y dolor crónico	56
Justificación del presente trabajo	64

### METODOS DE EVALUACION EN EL DOLOR CRONICO

Consideraciones introductorias. El problema de la medida del dolor	71
Dolor experimental y dolor clínico	72
La intensidad como medida	78
Qué se mide cuando se mide dolor	81
<b>Medidas de autoinforme</b>	86
Estimaciones cuantitativas	89
Procedimientos de igualación	99
Estimaciones cualitativas	106
<b>Medidas basadas en el autorregistro</b>	113
El diario de dolor	125
El Indicador del Patrón de Actividad	130
<b>Medidas basadas en la observación directa</b>	144
Observación directa de las conductas de dolor	147
Nivel basal conductual	160

ESTUDIO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO.

EVLUACION INICIAL.

Origen del presente trabajo	163
Sujetos	168
Historia clínica	175
Diario de dolor	230
Indicador del Patrón de Actividad	257
Observación directa	282
Observación de las conductas de dolor	284
Nivel basal conductual	289

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO 301

Tratamiento conductual del dolor crónico	305
--	-----

ESTUDIO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO.

INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO.

Descripción del tratamiento	330
Influencias en el diario de dolor	331
Influencias en en Indic. del Patrón de Actividad	340
Influencias en el nivel basal conductual	350

CONCLUSIONES 358

BIBLIOGRAFIA 372

ANEXOS 395

INTRODUCCION

## EL DOLOR COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGIA

"La mayoría de discusiones sobre el dolor empiezan con una definición, que bien pronto se demuestra inadecuada, seguida de una divagación semifilosófica sobre el problema mente-cuerpo, en la que el autor opta finalmente por el dualismo, el paralelismo psicofísico o algún tipo de monismo, en el cual la experiencia de dolor es un epifenómeno respecto a los hechos "reales" que tienen lugar en los tejidos y en el sistema nervioso." (Clark y Hunt, 1971)

El estudio científico del dolor tiene una historia relativamente breve, cuyo inicio hay acuerdo en situar en la década de los cincuenta. Quienes lo iniciaron no fueron psicólogos, sino anesthesiólogos, neurólogos, farmacólogos, fisiólogos o bioquímicos. Cada disciplina científica estudia de la realidad aquellos fenómenos que corresponden a su objeto de estudio, a sus métodos y, en un sentido lato, a sus esquemas conceptuales o modelos interpretativos de los datos obtenidos. Admitiendo que, más allá de la etiqueta verbal, exista una realidad llamada dolor - y no tantas como disciplinas lo han estudiado - esta realidad podrá ser materia de estudio psicológico en la medida que en ella se presenten los fenómenos que constituyen el objeto de estudio de la psicología.

El objeto de estudio de la psicología es la conducta del individuo, entendida como interacción de éste con su medio. Por consiguiente, el dolor puede ser objeto de estudio de la psicología en la medida que existan conductas o interacciones significativas y características de determinados individuos (los que tienen o presentan dolor) que permitan definir clases o repertorios específicos.

Para la psicología el dolor es conducta por definición. Dicho de otra forma, la psicología no tiene medios para explicar más que los fenómenos conductuales. Para hablar de neurotransmisores, se requieren otros niveles de conocimiento, otros métodos de análisis o incluso, utilizando un término de moda, otros paradigmas. La psicología no puede explicar los neurotransmisores ni dar explicaciones en términos de los mismos, así como no puede hacerlo en términos del pecado o de la libertad: son concepciones que no pertenecen a sus modelos explicativos. La psicología, al estudiar el dolor, sólo puede estudiar y explicar el comportamiento de la persona que tiene o dice tener dolor y sus relaciones funcionales con otras variables o fenómenos también psicológicos.

Otra cosa es el que, a través de enfoques intradisciplinarios o multidisciplinarios integrados, se intente establecer conexiones entre los fenómenos y relaciones estudiadas por la psicología y los de otras ciencias y un ejemplo muy interesante al respecto sería la farmacología conductual. Pero esto no puede hacerlo la psicología sola y, desde luego, nunca de entrada.

La unidad de estudio de la psicología es el comportamiento del individuo u organismo global. Cualquier otro tipo de parcelación sería - en palabras de Vigostky - un elemento no una unidad. Nos saldríamos del campo de la psicología y podríamos caer en posturas tan absurdas como pretender explicar los fenómenos biológicos a partir de lo que estudia la física.

Así, pues, el objeto del estudio psicológico del dolor es el comportamiento de la persona con dolor. Qué quiere decir "con dolor" es algo inicialmente externo a la psicología. Las taxonomías iniciales o de las cuales se parte han de ser forzosamente "prestadas", puesto que la psicología no es la que ha planteado inicialmente el problema del dolor. Es la delimitación del concepto de dolor como repertorio comportamental lo que da entidad y personalidad propia a su estudio psicológico. Y es solamente el uso de los términos y la aplicación de los métodos propios de la psicología aquello que lo hace posible.

A partir de aquí, se establecen las diferencias entre dos líneas posibles dentro de la psicología: la línea tradicional y la línea conductual. Lo que las diferencia no es el objeto de estudio, que es siempre una forma u otra de conducta, sino los modelos explicativos de la misma. Dicho en otras palabras, la psicología que aquí se denomina tradicional y la psicología conductual se distinguen por los elementos y los mecanismos que cada una sanciona como explicativos de la conducta.

Lo que caracteriza a las explicaciones propias de la psicología tradicional - dentro de la cual y desde este punto de vista pueden englobarse muchas de las escuelas cognitivas - es la justificación intraorganísmica. Un comportamiento determinado se explica en base a otras categorías comportamentales. Se relacionan entre sí variables intraindividuales. Se explica el comportamiento como manifestación de rasgos internos y estables. Desde este punto de vista, las diferencias situacionales e incluso morfológicas de los comportamientos serían

secundarias respecto al supuesto elemento común: el de ser síntomas de un mismo rasgo. A nivel aplicado, ello autoriza a dar por equivalentes las respuestas verbales en un test considerado diagnóstico de un rasgo y el comportamiento en la situación natural y, por consiguiente, a utilizar el tests como el instrumento indiscriminado de medida.

El posible riesgo de circularidad en la explicación, a su vez, de dichos rasgos se resuelve a menudo recurriendo a modelos neurológicos "ad hoc". Así como, según Valdés (1985), siempre se encuentra una tribu polinesia que sustente una teoría sobre el comportamiento social, también es posible formular un mecanismo neurológico que pueda dar base "real" a una explicación intraindividual, aunque no sea más que por similitud de nombre .

Otras veces, estos rasgos comportamentales se explican en términos de otras categorías de la misma índole. Se "explica " la memoria en base a la emoción y a la atención y ésta en base a la percepción y la motivación. Se explica el aprendizaje en términos de memoria y de inteligencia y la inteligencia en términos de aprendizaje, herencia y motivación. En cada caso, la referencia a los factores experienciales o situacionales es implícita, borrosa y remota.

En el dolor vemos representada esta línea, en primer lugar, en la pretendida explicación del comportamiento de los pacientes como manifestación de algo que está más allá del comportamiento mismo. En este caso, este algo es lo que deja sin explicar la neurología. Este vacío se llena en términos de categorías de rasgos psicológicos.

Aparecen entonces las explicaciones basadas en la motivación, el componente reactivo, la interpretación, la anticipación, o en categorías psicopatológicas como depresión, hipocondría, histeria, ansiedad o alexitimia. El comportamiento de la persona con dolor estaría así explicado, en un cierto número de instancias, por lo que afirma la neurología: los factores nociceptivos o la destrucción tisular. En los casos en que esto es insuficiente, se explicaría tal comportamiento por otras categorías a las cuales se pretende en muchos casos atribuir también una base neurológica, tales como la depresión, la ansiedad, la atención o vigilancia, la afectividad o la agresividad.

La línea conductual en psicología se basa en un modelo distinto. Los comportamientos de los individuos son explicados en términos de sus relaciones funcionales con el medio físico y social en que se producen. Desde el punto de vista de la psicología conductual, el estudio del dolor es el estudio del comportamiento de las personas con dolor y de sus relaciones funcionales con el medio físico y social en que tienen lugar. Su objetivo es formular clasificaciones o taxonomías basadas en categorías estrictamente comportamentales.

Lo que hace conductual a una rama del conocimiento psicológico (para citar un ejemplo de palpitante actualidad, la medicina conductual) son sus métodos y, sobre todo, sus modelos explicativos, no el simple hecho de tener como objeto de estudio la conducta, ni siquiera cuando ésta es la del organismo en su globalidad, en contraposición a partes del mismo, por ejemplo, el sistema nervioso.

Es habitual considerar que la frontera entre la biología y la psicología en cuanto al objeto de estudio consiste en que aquélla se centra en el comportamiento de partes del organismo y de sus relaciones entre sí, mientras que la psicología se ocupa del comportamiento del organismo y sus relaciones con el medio. Siguiendo a Ribes (1984), considero que esta diferenciación tiene que hacerse extensiva a otros parámetros. La biología estudiaría el comportamiento del organismo en respuesta a las propiedades energéticas o físico-químicas de los estímulos de medio, la psicología, a sus propiedades convencionales, simbólicas o, simplemente, condicionales. La biología estudiaría los elementos del comportamiento que son propios de la historia de la especie, la psicología, los que son propios de la historia individual. Planteado así, es una tautología el afirmar que la psicología estudia el comportamiento aprendido.

Aplicando las consideraciones anteriores al estudio del dolor, el reflejo de retirada, por ejemplo, sería un fenómeno que entraría dentro del campo de la biología, ya que puede explicarse perfectamente en términos de estimulación nociceptiva del miembro afectado. Las dimensiones de esta estimulación en términos de energía o de parámetros físico-químicos covarían exactamente con las dimensiones de la respuesta. A mayor energía térmica, por ejemplo, menor latencia y mayor magnitud de la respuesta.

Empieza a haber materia de estudio para la psicología a partir del momento en que la probabilidad de respuesta es condicional, por ejemplo, frente a estímulos eficaces sólo por asociación y por lo tanto dependiendo de la particular historia de interacciones del organismo. La psicología no se plantea explicaciones en términos de nocicepción, simplemente porque ésta no es un fenómeno o una categoría psicológica, de la misma forma que no se ocupa del estudio del comportamiento de las neuronas aisladas o de los ganglios nerviosos. La psicología, en cambio, sí se plantea el estudio de las particulares formas que adopta la interacción de un individuo con su medio y cómo cada una de ellas es influida por la historia de interacciones pasadas. Desacartado por ajeno a su campo el estudio de los comportamientos de los individuos con dolor en su relación funcional con los factores nociceptivos, es competencia específica de la psicología conductual el estudio de la relaciones funcionales de tales comportamientos con las variables ambientales.

El psicólogo que estudia el dolor crónico ve delante suyo un gran campo al cual aplicar sus peculiares conocimientos y métodos. El comportamiento predominantemente reflejo de los cuadros agudos ha tenido tiempo y oportunidad de situarse bajo el control de variables ambientales: se ha socializado. Como diría un antropólogo, se ha codificado culturalmente. Es ahora cuando empieza a ser materia de la psicología, porque ya se dan fenómenos y procesos que son armónicos con las unidades de análisis y los métodos de estudio característicos de su forma de interrogar la realidad.

Huelga decir que no se están invalidando aquí las explicaciones neurológicas ni negando las bases fisiológicas o bioquímicas de comportamiento. Es evidente que éstas existen: los individuos no dejan de ser organismos ni se desafuerentizan cuando se comportan e incluso es posible que algunos de estos factores sean específicos de determinados elementos o estadios comportamentales. Lo que se está debatiendo es una cuestión lógica: la falta de validez de las categorías fisiológicas para poder explicar los fenómenos que pertenecen a niveles de conocimiento propios de otras disciplinas. Se trata de ámbitos de estudio distintos. Pueden complementarse pero no confundirse. Simplemente, se afirma que las categorías y las explicaciones neurológicas NO son ni pueden lógicamente ser categorías explicativas válidas para la conducta del organismo global.

Recíprocamente, las categorías psicológicas no pueden ser utilizadas en confirmación de fenómenos válidos dentro del marco de la neurología o de la fisiología, en general. Circumscribiéndonos al ámbito del dolor, la psicología NO puede pronunciarse respecto a la presencia o ausencia de nocicepción, ni definir qué es ésta. Podrá decir cómo covaría el comportamiento con los cambios en nocicepción que el neurólogo le describe, pero no puede explicar estas variaciones en términos de tales cambios.

Tampoco puede la psicología decir qué es el dolor o dar del mismo una definición general, puesto que se trata de un concepto histórica y semánticamente ligado a otros ámbitos de conocimiento. La psicología puede hablar de estímulos aversivos, por ejemplo, y algunos de los

estímulos que ejercen esta función en un campo de interacción determinado pueden coincidir estructuralmente con los estímulos denominados dolorosos o nociceptivos en otros ámbitos. Pero, simplemente, dentro de la psicología conductual no existen categorías que expliquen qué es el dolor, o el placer, ni, a pesar del abuso de estos términos, el premio o el castigo.

En el estudio psicológico del dolor, mantener esta postura es muy difícil. Es muy difícil resistir a la tentación de las explicaciones en términos de la "Teoría del control de la compuerta" (Melzack y Wall, 1956) - que, extrañamente ha encontrado mucho más eco en la psicología que en la neurología -, de péptidos opiáceos, de neuromoduladores. Sin embargo, es un error, sobre todo un error lógico y altamente peligroso cuando estas explicaciones se abrazan de entrada e permiten eludir el estudio del fenómeno en los términos y según los modelos que son propios de la psicología. Es la culminación del eclecticismo, una postura perfectamente respetable pero que nunca ha hecho avanzar la ciencia, ni ha generado conocimiento.

Quizás sea necesario aclarar que la concepción conductista a la cual se está haciendo referencia no es exactamente la que se basa en los esquemas reduccionistas del conductismo radical. No se invalidan sus presupuestos metodológicos y conceptuales, pero no se está hablando de psicología estímulo-respuesta, en la cual ésta está mecanicísticamente explicada por las acciones energizantes y "fortalecedoras" de específicas parcelas del medio, como si se trataran sistemáticamente de reflejos complejos. Las explicaciones en términos de reforzamiento

o elicitación no son satisfactorias, aún cuando muchas veces no se sepa sustituirlas por otras más comprensivas. Pero, sobre todo, las formulaciones conductistas clásicas se revelan insatisfactorias en la clasificación de los elementos y de las propiedades del comportamiento y del medio así como de sus relaciones.

En esta crítica han resultado muy estimuladoras las aportaciones de las teorías cognitivistas, o de las descripciones cognitivistas del comportamiento, no por sus presupuestos conceptuales que, como se ha indicado, las adscribiría a la línea intraorganísmica, sino por haber constituido el acicate para cuestionar el nivel de análisis y la significación de las categorías habitualmente utilizadas para definir los fenómenos estudiados en la psicología del comportamiento.

Se desprende de las anteriores consideraciones que el papel del psicólogo que aquí se defiende va mucho más allá del de un técnico, encargado de aplicar puntualmente determinados procedimientos de diagnóstico o de tratamiento. El papel del psicólogo en el estudio del dolor, en líneas generales, tendría que ser el del fisiólogo respecto a la patología. Su cometido consistiría en aportar sus especiales conocimientos para definir el objeto, el modelo y los métodos de estudio de los aspectos comportamentales del dolor, según las categorías y las dimensiones que le son propias. En este sentido, considero que no beneficia a nadie el que el estudio de tales aspectos se lleve a cabo sólo en personas seleccionadas, las que son tratadas con programas operantes dentro de las clínicas de dolor. Ello impide tener una visión general de los fenómenos implicados, el estudio de

los estadios transicionales y, a nivel práctico, obtener información sobre los recursos comportamentales de las personas que hacen frente al dolor con éxito.

## CONCEPTOS DE LA PSICOLOGIA CONDUCTUAL PERTINENTES AL ESTUDIO DEL DOLOR

A modo de breve síntesis, se citan a continuación algunos de los principios de la psicología conductual especialmente implicados en el estudio del comportamiento de las personas con dolor, sobre todo crónico. Más adelante, en el apartado dedicado a la Evaluación Conductual, se hará referencia a los métodos de estudio y de recogida de información.

El punto de partida es que estamos tratando con el tipo de fenómenos que son propios de la psicología, es decir comportamientos aprendidos. Como se ha dicho, las respuestas reflejas, explicadas y determinadas mecanicísticamente por las propiedades energéticas o físico-químicas de los estímulos, no entran dentro de este campo de estudio. Los comportamientos de interés son los que las personas emiten cuando tienen dolor o dicen tener dolor. El objeto del estudio psicológico es, en primer lugar, describir y clasificar tales comportamientos, delimitando sus dimensiones definitorias y, en segundo lugar, intentar explicarlos en base a sus relaciones funcionales con los elementos del medio. Desde el punto de vista conductual, pues, la pregunta pertinente no es "¿Qué es el dolor?", porque, psicológicamente no se puede contestar, sino "¿Cómo puede estudiarse el dolor en psicología?".

El condicionamiento o el aprendizaje no se explican por factores voluntaristas o intrasubjetivos sino por la acción de los factores del medio. Dicho en otras palabras, el condicionamiento es automático: se produce siempre que se den las condiciones adecuadas. Como se dirá en el apartado sobre las conductas de dolor, el pensar que éstas se presentan sólo en casos de fingimiento es erróneo. En todo cuadro de dolor, si ha transcurrido el tiempo suficiente, se produce un aprendizaje de comportamientos y es el centro del trabajo de la psicología definir cuáles son éstos, cómo se han aprendido, cómo se mantienen o, en su caso, cómo pueden ser desaprendidos.

El individuo se comporta interactivamente con el medio que le rodea, es decir, influye en éste y es influido por él. Los efectos de sus comportamientos pueden modificar la probabilidad de los mismos o de ulteriores interacciones. El grado de influencia o control que el medio ejerce sobre el comportamiento depende también de las características de los demás repertorios comportamentales o de la existencia de repertorios alternativos.

Toda interacción entre un organismo y su entorno tiene lugar dentro de un contexto, de tal forma que las relaciones "puras" y puntuales entre elementos de una y otra clase son, simplemente, artefactos de la investigación. Dicho contexto, en el caso que nos ocupa, puede ser tanto remoto o como actual. Ejemplos de factores contextuales remotos o históricos serían las experiencias previas, la educación, los modelos a los cuales se ha estado expuesto. Ejemplos pertinentes de contexto inmediato serían las explicaciones - incluyendo las que las

personas se dan a si mismas -, las instrucciones y, de especial importancia en el caso de los aspectos conductuales del dolor, la presencia de estimulaciones competitivas.

Por otra parte, también el contexto puede ser categorizado en físico y social. Este último es de especial importancia en la explicación del comportamiento humano, por lo que la determinación de las relaciones funcionales de los comportamientos de dolor ha de orientarse en primer lugar al análisis de estos aspectos, incluyendo dentro de los mismos las influencias de las personas del ámbito sanitario. Cuando decimos que con el paso del tiempo el dolor se socializa estamos precisamente refiriéndonos al hecho de que los elementos sociales del contexto en el cual se producen las conductas de dolor adquieren control sobre las mismas, como sucede en cualquier comportamiento humano significativo.

La posible existencia de estilos estables de comportamientos, que se mantendrían a lo largo de una gran variedad de contextos o en relación con lo que tienen en común una gran variedad de contextos no se descarta taxativamente sino que se considera una cuestión a demostrar empíricamente en cada caso.

En lo que hace referencia a los estímulos específicos que en un momento dado mantienen o controlan el comportamiento de un individuo, es pertinente recordar aquí que la discriminación - o emisión de una respuesta diferenciada en presencia de un determinado estímulo - es tanto más rápida y libre de errores cuanto más definido sea este estímulo, cuando más claramente su aparición destaque del contexto. En

el caso de muchos estímulos discriminativos internos, no hay una clara aparición y desaparición sino fluctuaciones a lo largo de un número reducido de dimensiones. Cuanto más lentas o graduales éstas sean, mayor la dificultad de discriminación, es decir, más probable que se emita la respuesta diferenciada en relación con una amplia gama de estímulos afines. Por otra parte, como han puesto de manifiesto los trabajos de Schachter y Singer (1962, 1964), cuanto más ambigua es la información, más probable es la acción de influencias externas o sociales.

El organismo que interactúa con su medio dentro de un contexto determinado también presenta características que pueden influir en la interacción. Tales características, consideradas como factores disposicionales (dentro de los cuales cabría todo lo que los fisiólogos puedan decir sobre el dolor y la nocicepción), no controlarían directamente el comportamiento sino que ejercerían una influencia moduladora respecto a las formas de interacción que la persona establece con su entorno y las formas en las cuales este entorno influye sobre su comportamiento. Concretamente, incidirían en la probabilidad de determinadas interacciones, en la relevancia de determinados estímulos y en la emisión de unos comportamientos, con preferencia a otros, también preexistentes en los repertorios del individuo..

## LA EVALUACION CONDUCTAL EN EL ESTUDIO DEL DOLOR

La tecnología para el estudio del comportamiento humano, derivada de la línea conductual en psicología y coherente con sus principios, recibe el nombre de evaluación conductual. A continuación, se describen brevemente sus principales presupuestos teóricos, así como los contenidos o tipos de medidas y los procedimientos empleados.

### PRESUPUESTOS CONCEPTUALES

Sus presupuestos conceptuales básicos son los que hemos descrito al hablar del enfoque conductual en psicología. Es especialmente importante destacar la insistencia en la situacionalidad del comportamiento, de la que se deriva la necesidad de estudiarlo en las condiciones en las cuales se produce habitual o normalmente. Esto es importante incluso en la reconstrucción mediante autoinforme de los acontecimientos de la historia del individuo o de la evolución del cuadro. Las circunstancias actuales en las cuales se produce la petición de memorización también son pertinentes y pueden influir sobre la cantidad o calidad de material evocado. Parafrasando a Benedetto Croce, también en la evaluación conductual se parte de la base que "toda historia es historia contemporánea".

Dentro de los presupuestos conceptuales que caracterizan la evaluación conductual el principal es la relación entre evaluación y tratamiento. Dicha relación, en palabras de R. Fernández Ballesteros (1981), es "dialéctica, puntual y precisa". En otras palabras, se evalúa lo que

se trata y se trata lo que se ha evaluado. Existe una relación directa entre una y otra intervención en cuanto no sólo a los fenómenos sino también a los procedimientos y, asimismo, una relación dialéctica, en el sentido que se influyen mutuamente. La evaluación continuada orienta sobre lo acertado del tratamiento, los resultados del tratamiento orientan sobre lo acertado de los procedimientos y contenidos de análisis empleados. Este último es para mí el aspecto más destacable en el estudio del dolor o de cualquier otro ámbito del comportamiento humano en el que se esté en una fase incipiente y haya gran peligro de intercalar categorizaciones y fenómenos ajenos al campo que se estudia.

Incluso considero preferible ser especialmente restrictivos y evaluar SÓLO lo que se va a tratar o es susceptible de ser tratado (Steger, 1982). Dado el estado actual de nuestros conocimientos, esta se justifica por el hecho de que el tratamiento y los hallazgos derivados del mismo son el único medio para evaluar la evaluación, para saber si realmente se han identificado las dimensiones o los aspectos pertinentes del fenómeno en estudio. Mediante la evaluación continuada se procedería a la corrección o a la modulación de los presupuestos teóricos y el proceso de decisión seguido en la elección del tratamiento. El tratamiento se plantearía, pues, como instrumento de investigación, dirigido, entre otros, a proporcionar información sobre la sensibilidad a los procedimientos terapéuticos de las medidas elegidas. Ocurriría algo semejante a lo que sucede en la enseñanza, donde no es posible saber si se han determinado correctamente los requisitos para un aprendizaje hasta que no se ha aplicado el programa

correspondiente al mismo.

Otra consecuencia de las estrechas relaciones entre evaluación y tratamiento es la obtención de indicadores de mejoría eficaces, es decir, sensibles a los primeros efectos y pronósticos de los efectos a largo plazo. Tales indicadores tienen que permitir responder cuanto antes a las preguntas "¿Está mejorando el paciente?", "¿Qué quiere decir que el paciente mejora?", "¿A qué nivel o niveles comportamentales se está produciendo esta mejoría?", "Cuando un paciente mejora, ¿qué es lo que cambia en su comportamiento o en sus relaciones con el entorno?".

## CONTENIDOS

En lo que hace referencia a los contenidos de la evaluación, es importante señalar, puesto que suele ser objeto de equívoco frecuente, que la evaluación conductual NO se caracteriza por unos instrumentos determinados sino por el uso que hace o el valor que asigna a la información recogida. Por ejemplo, pueden utilizarse escalas conductuales que incluso especifiquen y definan "operacionalmente" una gama reducida de comportamientos y no estar haciendo evaluación conductual, porque esta información o bien no se relaciona directamente con el tratamiento o bien se considera como variable dependiente de procesos inferidos que tienen lugar dentro del organismo y sin relaciones con elementos situacionales. Para hacer un ejemplo extremo, derivado también de la Fernández Ballesteros, se

podría perfectamente realizar evaluación conductual utilizando el test de Roscharsch: bastaría considerar la información obtenida como un indicador del reconocimiento de una clase de estímulos gráficos.

En todo procedimiento de evaluación o diagnóstico dentro de la línea conductual es crítico que lo que se vaya a evaluar constituya una muestra del comportamiento habitual de la persona en su ambiente natural. Y la evaluación será tanto más válida cuanto mayor sea la correspondencia entre lo que se evalúa y el comportamiento normal, cuanto más representativo de éste sea el comportamiento sobre el cual se recoge información. Como inciso, hay que decir que éste es precisamente el principal problema para la generalización de los datos obtenidos en la evaluación, un problema especialmente acuciante en el estudio del dolor, dada la dificultad en aplicar a la clínica la información obtenida en los estudios experimentales. Cuanto más se acerque la situación de laboratorio a la situación clínica o natural, más parecido será el comportamiento del sujeto en ambos contextos y más segura la generalización. Pero, para esto, es necesario reproducir en la situación experimental las las dimensiones críticas de la situación clínica; dimensiones, que nos son en gran medida desconocidas, probablemente por lo "grosero" de nuestras actuales categorías de análisis.

El alcanzar en la evaluación lo que es crítico y fundamental del comportamiento normal no es sólo una cuestión de número de observaciones o dotación de instrumentos sino de algo más complejo: de la capacidad que tenga el evaluador de analizar el comportamiento a

estudiar, de determinar cuáles son sus propiedades definitorias y de categorizar adecuadamente este comportamiento. No se trata de observar a una persona las veinticuatro horas del día, esto no resolvería el problema. Los comportamientos no son repetitivos, dos comportamientos de la misma clase no son nunca idénticos y es absurda la pretensión de observarlos todos. El problema está en determinar cuáles son las dimensiones o propiedades que hacen equivalentes dos comportamientos (que incluso pueden ser muy distintos en su topografía) y permiten adscribirlos o considerarlos pertenecientes a una misma clase, de tal forma que los datos obtenidos observando unos miembros de la clase puedan ser representativos de la clase toda. Dicho en otros términos, el problema está en determinar qué define a una clase de comportamientos, cuáles son, una vez más, las dimensiones pertinentes y cuáles las accesorias.

En esto consiste el problema del muestreo: no tanto en el muestreo en sí sino en la definición del universo a partir del cual realizarlo. Sólo cuando se tenga claro qué tienen en común los comportamientos de dolor, podrá hacer un buen muestreo de los mismos y elaborar los instrumentos oportunos para ello. Hasta entonces el muestreo puede ser sólo estadístico, es decir inespecífico.

Este cometido es, evidentemente, algo muy complejo. Algo sobre lo cual nunca se pueden tener seguridades. A priori es imposible determinar qué dimensiones son importantes y cuáles secundarias. Por ejemplo, ¿varía sustancialmente el quejarse según se realice en presencia de una o más de una persona?, ¿pueden clasificarse estas personas simplemente en familiares y desconocidos?. Si considero que el comportamiento varía, que estamos frente a clases distintas tendré que observar las quejas en todos estos contextos. Si respondo negativamente a estas preguntas, me bastará observarlas en cualquiera de los contextos, con el convencimiento que las predicciones que se realicen a partir de aquí sean válidas para cualquiera de las situaciones. La gran dificultad e incertidumbre que acompañan este trabajo previo a la observación y recogida de información constituyen precisamente la razón por la cual se han defendido los criterios restrictivos en cuanto a las relaciones entre evaluación y tratamiento. A pesar de no ser totalmente segura, nuestra única fuente de información o confirmación son los resultados del tratamiento y su concordancia con el proceso de análisis seguido.

Otra de las razones de la especial importancia de un buen muestreo estriba en la posibilidad de formular pronósticos. Cuanto más nos acerquemos a la esencia de la conducta problema, más probable es no sólo que la tratemos bien sino que podamos hacer válidas predicciones sobre el éxito del tratamiento en el ambiente natural, allí donde se da la conducta problema y donde interesa realmente que el tratamiento sea eficaz.

Es tradicional dentro de la evaluación conductual, realizar un tipo de categorización en términos de los llamados tres sistemas de respuesta: respuestas fisiológicas (discutibles, desde nuestro punto de vista), respuestas verbales o cognitivas y respuestas motoras. Se trata de una categorización inespecífica, basada en un criterio topográfico perfectamente aceptable, siempre que no se considere único. Desde este punto de vista, en cualquier repertorio conductual es necesario estudiar las tres clases de topografías de respuesta. Y es necesario estudiar las tres porque no hay ni tiene por qué haber correlaciones entre ellas.

La no aceptación a priori de una correlación (su posible existencia es una cuestión a demostrar en cada caso) se justifica por el hecho de que, en principio y como se ha dicho, no hay por qué considerar que ésta sea la única categorización posible ni la mejor en todos los casos. Si los criterios de clasificación seguidos no son los que el repertorio o la situación requerían, los que mejor identifican las dimensiones significativas y definitorias de los mismos, es lógico que los resultados obtenidos en una categoría no correspondan a los

obtenidos en otra.

En segundo lugar, no tienen por qué correlacionar en la medida en que es habitual que los distintos repertorios de conductas en un mismo sujeto tengan diferentes historias de aprendizaje y relaciones funcionales con el ambiente. No se condiciona igual la conducta verbal que los comportamientos motores, no se condiciona igual y no tiene los mismos efectos lo que una persona hace que lo que dice que dice que hace. Por otra parte, una misma situación puede controlar diferentes comportamientos y un mismo comportamiento darse en más de una situación.

Por todas estas razones, y aún sosteniendo que pueden haber otras clasificaciones que intersecten y sean preferibles a ésta en un caso concreto, aquí se defiende la conveniencia de seguir el esquema habitual y, en la evaluación conductual, ir a recoger información sobre todos los aspectos citados y sus efectos respectivos.

De una forma más específica, los contenidos o las variables estudiadas en la evaluación conductual del dolor crónicos son las siguientes:

Información positiva: qué hace y qué dice el paciente en relación con el dolor y estudio de los otros repertorios.

Información negativa: qué ha dejado de hacer y qué repertorios se han reducido.

Información privativa: qué desearía hacer y no puede a consecuencia del dolor.

Se sobreentiende que cada una de estas fuentes de información presupone la definición específica de las situaciones en las cuales el comportamiento tiene o tendría que tener lugar.

Un aspecto secundario, derivado de los contenidos y los presupuestos de la evaluación conductual es el que la información recogida tiene que ser positiva. Ello, no sólo porque así se puede orientar más directamente el tratamiento definiendo qué y cómo tratar y qué esperar de un tratamiento eficaz, sino porque, sin esta información, es prácticamente imposible plantear un un tratamiento adecuado, que siempre ha de basarse en los recursos con los que cuentan tanto el paciente como su entorno, por escasos que sean.

## PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos propios de la evaluación conductual están en concordancia con su aspiración a obtener datos que sean representativos del comportamiento problema en el ambiente natural. De aquí que la forma preferida de recogida de información sea la observación directa en el ambiente natural.

La característica de acercamiento a las condiciones naturales en las cuales se da el comportamiento a estudiar es mucho más importante, en general, que el grado de entrenamiento de las personas que realizan la observación o la recogida de información. Dicho en otras palabras, a igualdad de condiciones puede ser preferible que quien realice la observación sea un profesional especialmente preparado para ello. Pero si, para que esto sea posible, es necesario sacrificar la información de lo que pasa en las situaciones naturales donde el comportamiento es problemático, entonces es, con mucho, preferible que sea el propio paciente el que realice la observación.

En este caso, la validez de la información que se recoja dependerá de lo claros y especificados que estén los ítems, lo complicado del sistema de registro y el grado de interferencia en la vida de cada día que el tener que registrar represente.

Teniendo presentes el objetivo de recoger información lo más precisa posible del comportamiento significativo en las circunstancias naturales, se enumeran a continuación, dispuestos en un orden de mayor

a menor aproximación a lo ideal, los procedimientos propios de la evaluación conductual.

OBSERVACION DIRECTA EN EL AMBIENTE NATURAL

AUTORREGISTRO DEL COMPORTAMIENTO EN EL AMBIENTE NATURAL

OBSERVACION DIRECTA EN AMBIENTE ANALOGO

AUTOINFORME.

En el presente trabajo se han utilizado estos procedimientos, excepto el primero, que yo uso habitualmente para otro tipo de problemas pero que no ha sido posible en este caso. Con otro montaje de tratamiento, que incluyera más a fondo los factores adaptativos y con posibilidades de enseñar y entrenar al paciente en estos aspectos, por ejemplo, atendiendo a las habilidades sociales y de comunicación, hubiera resultado imprescindible y "rentable" el aplicarlo.

El autorregistro del comportamiento en el ambiente natural se ha aplicado en forma de diarios conductuales, referidos a las actividades de la vida de cada día (Indicador del Patrón de Actividades) y el diario del dolor.

La observación directa en ambiente análogo se ha llevado a cabo con referencia a las conductas de dolor y a la tolerancia al ejercicio físico. El problema que plantea este procedimiento de observación es el conseguir que el ambiente análogo en el cual se realiza la observación sea lo más parecido posible al ambiente natural. En las clínicas de dolor en las que se realizan tratamientos conductuales, este ambiente es el de la terapia ocupacional, en la cual se procura, por lo menos, que el tipo de trabajos a realizar sean lo más parecidos posibles a los que pueda llevar a cabo el paciente una vez reintegrado

a su ritmo normal de actividades. En nuestro caso, al carecer de unas instalaciones para la terapia ocupacional, hemos tenido que limitarnos a la rehabilitación física. Tanto para la evaluación como para el tratamiento hemos procurado mantenernos lo más cercanos posibles a las circunstancias naturales en lo que hace referencia al tipo de actividades realizadas, haciendo que éstas fueran directamente replicables en el ambiente natural y que no requirieran el uso de aparatos. Como ejemplo especialmente anecdótico, se practicó el ejercicio de levantar y desplazar pesos con una "garrafa" llena de agua en lugar de pesas especiales.

Por último, el autoinforme, a partir del paciente o de un familiar significativo, se ha centrado, como es habitual, en la información global obtenida en la historia clínica o las sesiones de seguimiento. No se han utilizado cuestionarios o escalas conductuales específicas, por no creerlo oportuno, pero desde luego es algo que entra dentro de este apartado.

Siempre que ha sido posible, se ha procurado "cruzar" la información, es decir recoger datos sobre el mismo ámbito o repertorio a través de procedimientos distintos. Ello, no sólo para mayor seguridad sino, dadas las características de este trabajo, para evaluar los mismos procedimientos de recogida de información.

## EL PROBLEMA DEL DOLOR CRONICO

El dolor crónico se define, en primer lugar, por la duración. Por convenio, se usa esta denominación cuando el cuadro de dolor se ha mantenido durante seis meses por lo menos sin remisiones y sin respuesta positiva a los tratamientos habituales. Por consiguiente, los elementos que entran en la definición son, de hecho, dos: el tiempo transcurrido y el que durante el mismo el paciente haya recurrido a los servicios de los profesionales de la medicina, éstos hayan actuado de la forma convencionalmente considerada válida y su intervención se haya demostrado ineficaz para resolver el cuadro.

Hasta aquí estaríamos frente a características bastante inespecíficas, que no justificarían una atención especial a estos cuadros ni que se hablara del "problema" del dolor crónico, si no fuera por otro hecho, derivado o correlativo con los anteriores: la frecuente discrepancia entre los signos exploratorios y los síntomas que el paciente presenta o, lo que es equivalente, la dificultad en hallar una justificación patológica suficiente para explicar los síntomas.

Este último hecho sería la razón por la que dentro de lo que se entiende habitualmente por dolor crónico en la bibliografía sobre el tema no suelen estar los cuadros de dolor intermitente ni los casos, como el dolor canceroso, que se consideran suficientemente explicados por el proceso patológico subyacente. Lo que configura el dolor crónico como "problema" es la discrepancia señalada o el grado de justificación, no el mero paso del tiempo. En otras palabras, si un

cuadro de dolor perdura pero el médico lo entiende y sabe qué hacer con él, no es considerado, lógicamente, como un problema, ni se estima que, en líneas generales, haya de ser tributario de un enfoque conceptual "ad hoc" ni, por supuesto, de la intervención de otros profesionales.

Un primer elemento a tener en cuenta para explicar las dificultades de comprensión de estos cuadros es algo sobre lo cual empieza a haber acuerdo entre clínicos e investigadores: el hecho de que el dolor crónico es, en muchos aspectos, distinto del dolor agudo. Lo es en cuanto a la significación, lo es en cuanto a las manifestaciones acompañantes, lo es por la relación con la lesión y la enfermedad y la repuesta al tratamiento, parece serlo incluso desde el punto de vista neurológico y bioquímico. Por otra parte, en el caso del dolor agudo, la preponderancia de los factores lesionales es mayor que en el dolor crónico, absoluta en algunos casos.

Existen, además, numerosos signos externos, tales como la posible lesión, cuando ésta es cutánea, la inflamación o los indicadores de la misma, las manifestaciones neurovegetativas, entre otras que acompañan y, desde el punto de vista del médico, respaldan la queja de dolor. Hay gran cantidad de información y ésta no ambigua sino redundante. Médico y paciente comparten en gran medida esta información. Desde el punto de vista del análisis comportamental, en el dolor agudo predominan las respuestas reflejas, bajo el control de estímulos que actúan incondicionadamente, en virtud de sus propiedades físico-químicas.

Los médicos y fisiólogos suelen estar magníficamente preparados para entender y tratar el dolor agudo, y sus éxitos en este campo han sido espectaculares. No ha de extrañar que generalicen y persistan en utilizar el mismo modelo explicativo en todos los casos, indiscriminadamente, ni, como consecuencia pragmática, que los tratamientos tengan como denominador común la interrupción de la transmisión nociceptiva, mediante procedimientos farmacológicos o quirúrgicos.

El problema se plantea cuando el cuadro no responde a las expectativas, no se puede explicar. En estos casos, se comete algunas veces un error lógico de repercusiones no exactamente cognitivas para el paciente: afirmar o dejar entender que "no tiene nada", que su dolor "no es real", "es cuento" o "está en su cabeza". No es un argumento susceptible de ser acogido con serenidad por ninguna persona que lleve años atada a algo que, no por inexistente, deja de ser molesto cuando no desesperante. Pero es que, además, se trata de un razonamiento erróneo: lo que se está diciendo es que no se sabe o no se poseen elementos de juicio para entender qué es lo que le pasa al paciente. Este es un argumento que cualquier persona entiende y acepta, máxime si, al mismo tiempo, se le tranquiliza sobre el carácter benigno de su cuadro. Pero el no cuestionar los propios esquemas explicativos emitiendo al mismo tiempo sentencias que ponen en duda la veracidad y la capacidad de juicio de una persona es, a mi entender, algo que sobradamente justifica la actitud de resentimiento y casi de deseos de represalia que algunos han considerado como un

indicador de las especiales perturbaciones psicológicas propias de los pacientes con dolor crónico y que justifican la índole "psicogénica", cuando no alucinatoria, del mismo.

## EL LLAMADO "DOLOR PSICOGENICO"

En un intento de dar identidad al conjunto de los cuadros crónicos, connotados, excepto en cuanto a la duración, por factores de evidencia negativa (la no-respuesta a los tratamientos habituales o el no-hallazgo de mecanismos fisiopatológicos explicativos), se recurre a múltiples términos, en su mayoría cargados de implicaciones más o menos sutiles de carácter psicopatológico.

La más neutral de estas denominaciones es la de DOLOR FUNCIONAL. Sigue siendo una denotación por exclusión ya que implica que no existen lesiones ni alteraciones estructurales que expliquen suficientemente el cuadro. Si no hay alteraciones estructurales, puesto que lo opuesto a estructura es función, quiere decir que el cuadro es funcional. Sin embargo, raramente los profesionales que utilizan este término lo hacen manteniéndose en un terreno de neutralidad. Por una parte, se pasa rápidamente a hablar de "enfermo funcional" y, por otra, el calificativo se usa como un educado eufemismo de otro más popular entre los partidarios del dualismo mente-cuerpo: el de dolor - y, rápidamente, enfermo - PSICOGENO O PSICOGENICO.

Ninguna descripción más ilustrativa de este concepto que la del DSM III, que lo define como "Dolor inducido psicológicamente que no es atribuible a ninguna otra enfermedad física o mental." Según uno de los redactores de este apartado, Robert Spitzer (1982), para hablar de Dolor Psicogénico es necesario que haya evidencia positiva del papel etiológico de los factores psicológicos, si bien, a continuación,

añade que tal evidencia positiva suele ser difícil de obtener y, por consiguiente, "hay acuerdo en suponer que dichos factores están presentes en estos casos, aunque, para formular el diagnóstico, no tiene que requerirse su evidencia, ya que puede no ser claramente manifiesta". Los criterios diagnósticos de esta elusiva evidencia de factores psicológicos son los siguientes:

"La alteración predominante es un dolor intenso, grave y prolongado.

El dolor no puede relacionarse con un trastorno orgánico o es excesivo en relación con los signos físicos presentes.

Se considera que los factores psicológicos están etiológicamente implicados en el dolor, cuando hay evidencia de al menos uno de los siguientes puntos:

a) una relación temporal entre un estímulo ambiental que está aparentemente relacionado con un conflicto o una necesidad psicológica y la iniciación o la exacerbación del dolor;

b) el dolor permite al individuo evitar alguna actividad que es dañina o aversiva para él/ella;

c) el dolor permite al individuo obtener ayudas del ambiente que no podría conseguir de otra forma.

El dolor no es debido a otro trastorno mental."

El mismo Spitzer, en el artículo citado, propone una revisión de la descripción y criterios del Trastorno de Dolor Crónico del DSM III, con miras a su incorporación en el DSM IV, bajo el nombre, que él considera más apropiado, de TRASTORNO DE DOLOR IDIOPATICO y cuya formulación se transcribe "verbatim" a continuación.

#### "TRASTORNO DE DOLOR IDIOPATICO

##### Características esenciales.

La característica esencial es un cuadro clínico en el cual el rasgo predominante es un dolor continuo e

intenso de al menos seis meses de duración, en ausencia de datos físicos adecuados para explicarlo. (El diagnóstico puede realizarse provisionalmente antes de los seis meses, siempre y cuando se hayan descartado todas las causas orgánicas). Hay sospechas del papel etiológico de factores psicológicos, aunque, en algún caso particular, pueda faltar evidencia demostrable de ello (ver Factores predisponentes). El trastorno no es debido a Trastornos de Somatización, Esquizofrenia o Depresión Mayor.

El síntoma dolor es a menudo ilógico en cuanto a la distribución anatómica del sistema nervioso. En algunos casos el dolor imita o reproduce un entidad patológica conocida (como angina o ciática). En ningún caso, tras una exhaustiva exploración, el dolor puede ser explicado por patología orgánica, ni ningún mecanismo fisiopatológico conocido justifica el dolor, como ocurre en las cefaleas tensionales debidas a espasmo muscular.

#### Características asociadas o acompañantes.

A menudo están presentes síntomas depresivos (en especial la disforia y el insomnio) y en mucho casos está justificado el diagnóstico asociado de Depresión Mayor, porque el síndrome depresivo completo se manifiesta durante un periodo prolongado.

Casi invariablemente hay preocupación con y por el dolor (a diferencia de "la belle indifference" observada a menudo en los Trastornos de Conversión). Los individuos con este cuadro tienden a presentar dificultades para reconocer y verbalizar sus sentimientos, y a menudo niegan o minimizan dificultades interpersonales obvias.

#### Edad de aparición.

Este trastorno puede presentarse en cualquier época de la vida, desde la infancia a la vejez, pero lo más frecuente es que comience a los 30 ó 40 años.

#### Curso.

El dolor suele aparecer súbitamente y aumenta en intensidad en pocas semanas o meses. En la mayoría de casos, los síntomas han persistido durante mucho años en el momento en que el individuo es atendido por los profesionales de la salud mental.

### Incapacitación.

Es típico que el individuo presente un grado elevado de incapacitación y tenga que abandonar el trabajo. Se asume a menudo un papel de inválido.

### Complicaciones.

Las complicaciones más graves son iatrogénicas. Incluyen la dependencia a los tranquilizantes menores y a los analgésicos narcóticos e intervenciones quirúrgicas repetidas y no exitosas.

### Factores predisponentes.

En aproximadamente la mitad de los casos, el dolor aparece inmediatamente después de un trauma físico. Hay alguna evidencia de que una proporción de individuos con Trastornos de Dolor Idiopático mayor de lo que sería esperable empezaron a trabajar en una edad anormalmente temprana, tuvieron trabajos físicamente duros o muy rutinarios, fueron "adictos al trabajo" ("workaholics"), y raramente tomaron vacaciones.

### Prevalencia.

No hay información, aún cuando el trastorno es probablemente frecuente en la práctica médica general.

### Incidencia en cada sexo.

El trastorno es diagnosticado casi dos veces más frecuentemente en las mujeres que en los hombres.

### Antecedentes familiares.

Hay alguna evidencia que los familiares de los individuos con este trastorno presentan más lesiones y enfermedades dolorosas, depresión y alcoholismo de lo que se encuentra en la población general.

### Diagnóstico diferencial.

La presentación dramática o dramatizada del dolor orgánico, que puede parecer excesiva a un observador por los escasos hallazgos físicos, y puede ser debida sólo a unos rasgos de personalidad histriónica o un estilo cultural de comunicación.

Los individuos con Trastorno de Somatización, Esquizofrenia, o Depresión Mayor pueden quejarse de varios dolores y dolorimientos, pero el dolor raramente domina el cuadro clínico, y no tiene que diagnosticarse Dolor Idiopático si el dolor es debido a uno de estos trastornos mentales.

En la Simulación ("Malingering") la producción del síntoma está bajo el control voluntario del individuo, y persigue una finalidad que es fácilmente reconocible cuando se analizan las circunstancias ambientales. Por ejemplo, un individuo con dependencia a los opiáceos se queja de dolor con la finalidad de conseguirlos.

El dolor asociado con cefaleas de contracción muscular (cefaleas tensionales) no tiene que ser diagnosticado como un Trastorno de Dolor Idiopático porque existe un mecanismo fisiopatológico que lo explica.

#### CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL TRASTORNO DE DOLOR IDIOPATICO

A. La alteración principal es la preocupación por un dolor intenso de al menos seis meses de duración.

B. El dolor presentado como síntoma es ilógico en relación con la distribución anatómica del sistema nervioso; tras una exhaustiva exploración no puede hallarse ninguna patología orgánica ni ningún mecanismo fisiopatológico que pueda explicar el dolor; cuando existe alguna patología orgánica relacionada, la queja de dolor es desmedida respecto a lo que se esperaría a partir de los hallazgos físicos.

C. No debido a Trastorno de Somatización, Esquizofrenia, o Depresión Mayor.

Además de Funcional y Psicógeno, aunque sin llegar nunca a su popularidad, los cuadros de dolor crónico sin justificación médica han recibido las siguientes denominaciones: Psicalgia ("Manual for the International Statistical Classification of Disease, Injuries and Causes of Death, 9th Ed." O.M.S., Ginebra, 1977), Neurosis de dolor, Conducta de enfermar anormal ("Abnormal Illness Behavior". Pilowsky, 1969), Dolor operante (Loeser y Fordyce, 1971), Dolor Histérico, El trastorno de tendencia al dolor ("Pain-prone Disorder". Blumer y Heilbronn, 1982) y, el más parsimonioso, Síndrome del dolor crónico (Black, 1975).

Las afirmaciones sobre las características y mecanismos etiopatogénicos de estos cuadros tampoco suelen ser un modelo de precisión y comedimiento científicos. Se citan a continuación

algunas de las más ilustrativas del tipo de ayuda que puede recibir el médico para entender estos cuadros.

"Las quejas de los pacientes no orgánicos suelen ser más variables y difusas, los pacientes orgánicos suelen ser más coherentes y específicos en sus explicaciones. El dolor suele describirse como menos intenso".(Chapman,1972)

"Los límites de una región dolorosa son tan independientes de la inervación física de estas zonas como la niebla londinense es indiferente a los límites de distritos o a las vías de tráfico rodado".(Walters, 1961)

"Así como las enfermedades orgánicas más graves suelen cursar sin dolor, éste tampoco aparece o es menos frecuente en los cuadros psiquiátricos más graves, por ejemplo, la esquizofrenia o el síndrome cerebral orgánico. Es más frecuente en las neurosis".(Boyd y Merskey, 1978)

"Dos son las hipótesis que se barajan para explicar la normalidad de la clínica y los datos de laboratorio en el dolor funcional. A) existe una patología, que no ha sido evidenciada (falsos negativos), B) el origen de las quejas yace en el ámbito psicológico. Se supone que las personas que están en "distress" psicológico desarrollan síntomas físicos como medios de comunicar y/o gestionar sus dificultades emocionales o interpersonales".(Leavitt y Garron, 1978)

"La diferencia entre los pacientes con dolor crónico y los cuadros histéricos está en que su dolor no ha de verse como una conversión simbólica a partir de alguna otra cosa, sino como el resultado de un mecanismo más primitivo: la culpa y la angustia insoportables son reprimidas y desplazadas al cuerpo, donde pueden ser más llevaderas. Por consiguiente, el dolor crónico es la expresión somática de un dolor psíquico no resuelto. El dolor viene del dolor y éste es el punto de vista más parsimonioso".(Blumer y Heilbronn, 1982)

PSICOLOGIA CONDUCTUAL Y DOLOR CRONICO.

Hasta aquí nos hemos mantenido dentro de los ámbitos conceptuales de la psicología tradicional y sus aplicaciones terapéuticas, englobadas en la psiquiatría. Pero la psicología conductual necesariamente ha de matizar algunas de las afirmaciones y de los conceptos anteriormente expuestos.

En primer lugar, desde el punto de vista de la psicología conductual, se considera que hay que estudiar no la persona sino repertorios comportamentales específicos y sus relaciones con los factores ambientales. Se parte de la base de que existen unos comportamientos característicos y significativos de los pacientes con dolor crónico y de que su relación con el ambiente - o el mismo ambiente funcional - tiene connotaciones y propiedades diferenciales. Como se ha dicho, esto no es un diagnóstico sino una declaración de principios o la hipótesis inicial de trabajo: en la medida en que se cree así, se interviene o se considera el dolor crónico como posible objeto de estudio de la psicología. Como se ha dicho también, la investigación psicológica ha de poderse realizar según los modelos conceptuales y los métodos que le son propios, no con otros impuestos o prestados. Sólo tras haber desarrollado unas taxonomías propias y unos modelos sólidos y coherentes, una disciplina puede integrarse, fructíferamente, en trabajos inter o intradisciplinarios. (Bayés, 1979).

Si bien desde siempre los clínicos se han basado en comportamientos (todos los síntomas lo son), quienes mejor han sistematizado su análisis en el estudio del dolor han sido los autores procedentes de la modificación conductual, el principal de los cuales es Wilbert E. Fordyce. A él se debe el concepto de "Conductas de dolor", o conjunto de los comportamientos considerados típicos y representativos de estos pacientes.

La significación de tales comportamientos ha suscitado vivas polémicas entre dichos autores y los de otras orientaciones. Se ha llegado a acusar a los primeros de reducir el dolor a las quejas y, en los tratamientos, abordar sólo éstas, dejando sin tocar y, por supuesto, sin resolver, el "problema de base". La crítica vendría expresada en estos términos: "No hacen Vds. nada respecto al dolor, tan sólo inciden en las formas en que éste se manifiesta o se refiere". Por otra parte, se han confundido a menudo las conductas de dolor con la simulación o, de una forma más general, se han hecho sinónimo de conductas desadaptativas.

Respecto a la primera crítica, está claro que, como dice Fordyce, "No existe un respuesta o una réplica independiente del modelo que se tenga". Por otra parte, ningún conductista, ni aún de los más radicales, ha dicho nunca que el dolor sea una conducta, ni ninguna otra cosa. Es decir se ha guardado muy bien de dar una definición global del fenómeno, entre otras razones, porque, como se ha dicho, los psicólogos no fueron los primeros en ocuparse del dolor. Lo único que se afirma - y en esto no puede haber desacuerdo - es que el dolor

se puede estudiar sólo mediante la observación de algún comportamiento, ya sea de neuronas aisladas, ya sea de un grupo de neuronas, de un órgano o sistema determinados, o del organismo total. Cuando éste es un individuo de la especie humana, su comportamiento ha de estudiarse al nivel de complejidad que le es propio.

Respecto a la segunda crítica, considerar las conductas de dolor como sinónimo de comportamiento desadaptativo o un indicador de patología, creo que los propios conductistas han favorecido el error. Los autores que se han ocupado de estas cuestiones han sido fundamentalmente terapeutas y sus estudios se han realizado dentro de los programas de tratamiento operante en las clínicas de dolor, no de estudios experimentales o de investigación básica. También ellos han podido tener acceso sólo a una población sesgada. En consecuencia, se han estudiado las conductas de dolor en pacientes seleccionados. A partir de aquí, es fácil entender el equívoco de considerarlas casi como un signo patognomónico de los cuadros más graves o "rebeldes".

Por definición, hay conductas de dolor donde quiera que haya una persona con un cuadro de dolor, un núcleo social y una historia de interacción social. No tienen por qué tener significación patológica. Cada una de ellas suele tener una historia independiente. Algunas pueden haber sido inicialmente respuestas reflejas a la estimulación nociceptiva, otras, representar recursos adaptativos o medios para hacer frente ("coping") al dolor, otras aún, haberse aprendido por imitación de comportamientos exitosos en modelos significativos y, todas ellas, estar mantenidas por sus efectos sobre el ambiente, el

principal de los cuales es el control social. En el estudio del dolor crónico, al conductista le interesa, más que averiguar en qué consiste el "problema de base", ya que carece de medios para ello, observar cómo covaría cada una de estas conductas con el resto de comportamientos o repertorios y su relación con las variables ambientales.

Un punto más grave de conflicto con los representantes de otras líneas conceptuales en el estudio del dolor es la significación de las conductas de dolor en cuanto a los factores que las controlan y las mantienen. La polémica sobre las concepciones conductistas no se establece alrededor del concepto de conductas de dolor sino del hecho de estar bajo el control de otros factores, además de los nociceptivos. Su presencia sería una indicación de que el dolor "no es real" o "está en la mente del sujeto" o de que éste está fingiendo. De aquí la búsqueda incesante y a menudo patética de indicadores "objetivos" del dolor, indicadores que informen exactamente sobre el fenómeno "real". El basarse en las manifestaciones neurovegetativas o en los potenciales evocados o las sutilezas de la teoría de detección de señales serían otros tantos intentos de eludir la comunicación en sus aspectos más específicamente humanos.

Como se ha dicho, estos intentos son incongruentes desde el punto de vista de la psicología, para la cual lo que caracteriza la evolución del ser humano es precisamente el hecho de que los elementos incondicionados o biológicos del comportamiento se socializan, es decir, llegan a estar bajo el control de los factores ambientales

sociales. No se entiende por qué las conductas de dolor tendrían que ser una excepción. Antes bien, este fenómeno se da en el dolor agudo - y los trabajo de Zboroski (1969) son un bonito ejemplo de ello - y sobre todo se dan en el dolor crónico, porque el paso del tiempo abre mayores posibilidades para el aprendizaje y la intervención de los factores sociales.

Sólo la obstinación en mantener en la conceptualización del dolor un modelo de de estímulos y respuestas incondicionados puede explicar la extrañeza y la incomodidad con la idea de que el comportamiento de un individuo en relación con el dolor, cuando es perceptible y socialmente significativo, no tiene por qué estar exclusivamente bajo el control de factores nociceptivos. Sería como considerar real sólo la risa provocada por las cosquillas o las lágrimas debidas a irritantes en la conjuntiva. La "veracidad" de estos comportamientos es un problema ideológico: depende de cuáles son las relaciones funcionales que se considera que son aceptables o que hacen "verídica" una medida.

El hecho de que el informe verbal o conductual pueda variar a lo largo de múltiples dimensiones, estar bajo el control de factores sociales y no reflejar adecuada y exactamente el estado fisiológico plantea, lógicamente, problemas en cuanto a la validez de la información clínica. Pero descartar o pretender eludir esta fuente de información es un error. No sólo porque, en palabras de Hilgard (1969), "no existe medida fisiológica del dolor que discrimine mejor las sutiles diferencias o cambios en las condiciones de estímulo, que sea tan

fiable a la repetición o esté tan ordenadamente relacionada con los cambios de situación como el informe verbal del sujeto", sino también porque, eludiendo estos factores, estaríamos cambiando la naturaleza del fenómeno en estudio.

Los repertorios comportamentales que estudia la psicología son en principio y simplemente repertorios de conductas, es decir de elementos de la actuación del sujeto en interacción con el medio ambiente funcional (Bijou, 1981). El ambiente y el individuo no se conciben como dos entidades discretas que están frente a frente y ocasionalmente establecen puntos de contacto, sino que se considera que el individuo contribuye a plasmar el ambiente que le rodea. Los efectos de su comportamiento configuran el ambiente y éste actúa diferencialmente en función de las características del comportamiento, del contexto o de la historia de interacciones.

Simplificando, el elemento cardinal de la concepción conductual es que la interacción es precisamente lo que define el comportamiento significativo humano y, por lo tanto, es absolutamente inespecífico decir que unos determinados comportamientos están bajo el control ambiental, ya que lo están por el mero hecho de serlo. Otra cosa será valorar los elementos adaptativos o interferidores de tales relaciones, en un caso concreto. Pero el control ambiental es algo consustancial al concepto de conducta. Por lo tanto, el objeto de la intervención psicológica en el estudio de los comportamientos de las personas con dolor crónico, no es buscar qué elementos de los mismos están bajo el control ambiental, sino de qué características es éste,

cómo se establece, en qué consiste, en cada caso, la influencia ambiental sobre segmentos particulares del comportamiento del individuo.

La psicología sólo está en condiciones de determinar relaciones funcionales dentro de su ámbito conceptual. No puede decir si un comportamiento está o no bajo el control de variables que pertenecen a otros campos de conocimiento, o de qué forma lo está. No puede decir si existe o no justificación nociceptiva para un determinado cuadro de dolor. Un estudio psicológico sólo puede iluminar sobre las variables psicológicas que intervienen, nunca sustituir la exploración médica para establecer el diagnóstico del cuadro.

Si el médico quiere ampliar su modelo conceptual y adaptarlo a las características peculiares del dolor crónico el primer lugar donde tiene que ir a buscar es en las investigaciones dentro del campo de conocimientos de la biología. Las aportaciones de la bioquímica, de la neurofisiología y de la farmacología y, concretamente, los estudios sobre la modulación de la transmisión nociceptiva, los mecanismos de analgesia endógena, las acciones de los péptidos opiáceos y sus posibles particularidades en el dolor crónico, los efectos del abuso de analgésicos narcóticos o la concepción del dolor como fuente de información de los estados internos del organismo en contraposición a sensación específica, son las fuentes de información que pueden muy bien ayudar a elaborar un modelo explicativo del dolor que resulte más adecuado y comprensivo que el actualmente vigente en la clínica.

A su vez, también en el estudio del dolor, la psicología se resiente negativamente de las intromisiones de otras disciplinas. La justificación de la índole psicológica de un proceso a partir de los datos obtenidos con termografía o con potenciales evocados, se le antoja tan ingénuamente reduccionista y los datos obtenidos tan poco pertinentes como los que podrían aportar los análisis espectrales al estudio de la comunicación verbal.

## JUSTIFICACION DEL PRESENTE TRABAJO

El presente trabajo ha de enmarcarse dentro de lo que, desde mi punto de vista, constituye el ideal en términos de estudios psicológicos sobre el dolor. En primer lugar, tal estudio consistiría en analizar el fenómeno desde una perspectiva estricta y exclusivamente conductual. A través de la observación sistemática de los aspectos comportamentales de las personas con dolor, este estudio se dirigiría a poner de manifiesto sus diferencias específicas y significativas y, a partir de ellas, las dimensiones críticas de la pertenencia a las clases de comportamientos y de relaciones funcionales que se definieran. Uno de los resultados de este tipo de estudios sería proporcionar criterios para la agrupación de los pacientes a partir de datos psicológicos positivos que complementarían los correspondientes a los datos positivos de índole biológica.

En la observación sistemática inicial se utilizarían categorías observacionales que tuvieran un mínimo grado de abstracción, el indispensable para permitir que tuviera sentido el estudio psicológico, pero sin caer en generalizaciones que determinaran pérdida de información e impidieran apreciar diferencias sutiles y esenciales en los aspectos estudiados.

Es una repetición de algo que se ha dicho ya repetidas veces que este estudio ideal tendría que llevarse a cabo en la gama mayor y más indiscriminada posible de casos y situaciones, sin selección previa en

términos de etiología, momento de evolución, gravedad o justificación nociceptiva de los cuadros e incluir fases y fenómenos transicionales sobre todo cuando se realizaran trabajos experimentales.

Los resultados de este tipo de estudios, a mi entender, constituiría una válida aportación al conocimiento del complejo fenómeno del dolor, aunque sólo fuera porque complementarían el conjunto de instrumentos de los que se dispone para estudiar, por ejemplo, el comportamiento de las neuronas y su interacción a nivel sináptico con instrumentos para estudiar el comportamiento del organismo total en su interacción con el medio. Estas investigaciones no tienen por qué servir para elaborar diagnósticos excluyentes (por ejemplo, dolor operante en contraposición a respondiente, dolor orgánico en contraposición a psicogénico) sino que tendrían que ser un componente sistemático del estudio paramétrico en todas las dimensiones del fenómeno del dolor.

De esta concepción de lo que sería, para mí, el ideal, se deriva el presente trabajo, que, respecto a los elementos citados, pretende cubrir, en cierta medida como replicación de otros estudios, lo que corresponde al primer punto: la observación sistemática de los aspectos comportamentales del dolor crónico a partir de categorías observacionales del mínimo grado de amplitud y abstracción posible. Su objetivo, si es que se puede aplicar este término, es realizar un estudio descriptivo de las personas con dolor crónico, basado exclusivamente en las concepciones y en los procedimientos de la psicología conductual y usando la evaluación conductual como tecnología de recogida de información. Lo que se ha pretendido ha sido

averiguar si estos pacientes podían ser adecuadamente estudiados mediante estos procedimientos y su estudio proporcionar datos ordenados y con sentido que pudieran servir como variables dependientes en investigaciones de mayor envergadura.

El trabajo es puramente descriptivo, incluso en lo que hace referencia a las influencias del tratamiento, considerado simplemente como una fuente de información sobre la sensibilidad y, en parte, la significación y la validez de los datos obtenidos en la determinación del nivel basal. Ni siquiera se pretende que los datos obtenidos sean representativos de un grupo específico de pacientes, entre otras razones porque, a pesar de que los criterios de petición eran explícitos en este sentido, existen fundadas sospechas de que los pacientes no constituían en absoluto un grupo bien definido. Pero, a mi entender, no tiene mucho sentido exigir grupos homogéneos o significativos cuando no existen criterios claros, comprensivos y positivos para determinarlos.

Por supuesto, el presente trabajo no se realizó a partir de una postura de "tabula rasa", como si el dolor crónico fuera algo inexplorado y novedoso. Precisamente, uno de los principales problemas en este campo es que se saben muchas cosas y lo difícil es asignar cada una al cajón conceptual al que pertenece. Muchas veces, agobiada por la cantidad y la heterogeneidad de la información, he pensado que, más que un "rompezabizas", como dice Melzack, el dolor crónico es en realidad un conglomerado de partes en busca de un todo.

Se partió, por consiguiente, de una idea general de qué aspectos o factores mantenedores eran significativos y dónde buscar para empezar a estudiar estos cuadros. Algunos de tales factores son los que sucintamente se enumeran a continuación, no a modo de conclusión, sino para aclarar en qué se ha basado la selección de elementos comportamentales tomados en consideración como objetos de estudio y para ofrecer una base para apreciar posibles incongruencias.

(\*) Reorganización de la propia vida alrededor de la existencia incontestable e inescapable del dolor. Necesidad de adaptación de los propios estilos de vida en función del problema, una vez abandonada la esperanza de que se trate de un fenómeno pasajero. En palabras de Bonica (1974), "el paciente con dolor crónico muestra un cambio gradual pero completo en su actitud hacia el ambiente. Pierde interés en todas las demás actividades y el dolor se convierte en un problema que le consume y domina completamente su vida".

(\*) Percepción del fracaso de los recursos médicos y progresiva falta de confianza en que se pueda encontrar un remedio eficaz. La situación se considera fuera del control del individuo y de los medios convencionales de solución.

(\*) Reducción del nivel de actividad tanto física (ejercicio) como funcional. Deficientes repertorios de habilidades en las diversas esferas por falta de aplicación. Si, de improviso,

desapareciera el dolor, el paciente seguiría presentando problemas de adaptación, no sabría qué hacer.

- (\*) Progresivo deterioro en las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de interacción interpersonal: deficientes habilidades sociales. En la interacción social, predominio de repertorios conductuales y comunicativos relacionados con el dolor: el tema del dolor se convierte en el principal medio de transacción interpersonal y de control social. Decisiva influencia de la atención social en el mantenimiento de las conductas de dolor, al ser éstas la forma casi exclusiva para asegurar aquélla
  
- (\*) Ausencia de alternativas conductuales que puedan tener un efecto social equivalente o competitivo con las conductas de dolor. Importancia relativa de la atención social para tales conductas.
  
- (\*) Reducción en el acceso a las consecuencias naturales de las actividades normales. El ambiente natural se empobrece y se hace menos gratificante o potencialmente gratificante.
  
- (\*) Reducida estimulación competitiva con el dolor: escasa distracciones y reducción del campo estimulativo.

- (\*) Abuso y posible adicción a los analgésicos narcóticos o a los psicofármacos sobre todo del tipo de los tranquilizantes menores y los hipnóticos.
- (\*) Exceso de reposo, como conducta de evitación. Consecuente incremento en la incapacitación y disminución de estimulaciones competitivas.
- (\*) Trastornos del sueño , sueño poco reparador y cansancio o dolorimiento matutino.
- (\*) Alteraciones del humor y del estado de ánimo, que hacen defendible, en muchos casos, la comunidad entre dolor crónico y depresión, y que pueden deteriorar ulteriormente la calidad de las relaciones interpersonales.
- (\*) Coincidencia de los cuadros crónicos con la edad avanzada y la jubilación, con las consecuentes menores oportunidades conductuales y distractivas.

Estos son algunos de los elementos considerados, en una visión inicial y como punto de partida, posibles componentes de los cuadros de dolor crónico y factores mantenedores del mismo. La presencia, la intensidad y la incidencia de algunos de estos factores ha sido lo que se ha ido a buscar en este trabajo. Como se puede apreciar, lo que ha pesado más en la consideración inicial es el factor de cronicidad. Más concretamente, se ha valorado sobre todo la incapacitación

inespecíficamente derivada de un proceso patológico de largo tiempo de duración, con las consecuentes exigencias de reorganización de los estilos de vida alrededor o a partir del mismo y el deterioro en la calidad de vida.

El estudio se ha centrado en pacientes con dolor crónico bajo lumbar. La razón de esta limitación reside en que, en principio, se consideró la localización como un posible elemento pertinente en cuanto a determinar el grado de incapacitación y se prefirió mantenerlo fijo en todos los pacientes a estudiar. Puestos a elegir una localización, se optó por un cuadro del aparato locomotor por ser muy probables a este nivel los problemas de dolor crónico y por las facilidades de acceso a los mismos brindadas por el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Dentro de los cuadros de dolor en el aparato locomotor, se eligió el dolor bajo lumbar por su frecuencia y por la abundante información bibliográfica existente sobre el mismo.

El plan general que se seguirá en este trabajo consiste en exponer la evidencia obtenida en el estudio de pacientes con dolor crónico bajo lumbar mediante los distintos métodos de recogida de información: el autoinforme, el autorregistro y la observación directa. De acuerdo con los principios de la evaluación conductual, se hará una breve descripción del tratamiento aplicado y se terminará con una exposición de las influencias de éste en las diversas medidas empleadas. En cada caso, se expondrá la información recogida a partir de la revisión bibliográfica sobre el apartado en consideración y se terminará con una exposición de los resultados obtenidos en este estudio.

METODOS DE EVALUACION EN EL DOLOR CRONICO

## MÉTODOS DE EVALUACION EN EL DOLOR CRONICO

### CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS. EL PROBLEMA DE LA MEDIDA DEL DOLOR,

En el ámbito del conocimiento del dolor, el problema de la medida se plantea a partir del momento en que despierta el interés por su estudio científico, momento que, aún tratándose, como señala Beecher (1965), de un fenómeno que es tan antiguo como el hombre o la vida en la tierra, se remonta a no hace más de unos treinta años. Dicho interés coincide con la apreciación cada vez más frustrante y a menudo desconsoladora de que se trata de un fenómeno huidizo, que opone resistencia a los intentos de conceptualización y de análisis unimodales. Los problemas de definición coinciden con los de la medición y se influyen y obstaculizan mutuamente.

Es comprensible que muchos autores, basándose en una definición de dolor muy precaria y generalmente no explícita, se hayan lanzado a la medición sin más, actuando, como señala Chapman (1976), a la manera de Proustes, al sacrificar las sutilezas del fenómeno a las necesidades y las servidumbres de los instrumentos y las operaciones de medición. Es comprensible, pero no ha dejado de tener efectos negativos, el principal de los cuales es haber presentado como elementos del esquema conceptual lo que, en realidad, no era más que un conjunto de artefactos derivados del sistema o del procedimiento de medida. La reducción del dolor a los valores de umbral y tolerancia obtenidos de

una forma muy particular - en el laboratorio - y la extrapolación de estos datos a la clínica es uno de los resultados de estas posturas.

#### DOLOR EXPERIMENTAL Y DOLOR CLINICO.

Uno de los factores que más han contribuido a las críticas y al escepticismo sobre las posibilidades de medición del dolor es la incongruencia de los resultados obtenidos en diferentes estudios experimentales así como la escasa pertinencia de los mismos al estudio del dolor en la clínica. Sin embargo, esta fuente de críticas se apoya en un presupuesto que se ha demostrado en gran medida erróneo: que el dolor es un fenómeno unidimensional. Son precisamente las incoherencias entre los trabajos experimentales y entre éstos y la clínica los factores que más han estimulado la investigación sobre el dolor, una vez libres de apriorismos reduccionistas y del prejuicio de la uniformidad asumida.

Dolor experimental y dolor clínico son, en gran medida, conjuntos de fenómenos distintos. Pero tampoco es que carezcan por completo de puntos de contacto. El reto estriba en elaborar un modelo explicativo de dolor capaz de poner en evidencia los rasgos esenciales y las dimensiones comunes, a lo largo de las cuales es legítimo generalizar o establecer extrapolaciones, así como servir de guía tanto para la organización de la situación experimental como para la interpretación de los datos obtenidos. Se enumeran a continuación, dentro de las diferencias, algunas de las que he considerado más significativas.

1. Los dolores experimentales suelen ser breves y de límites temporales claramente definidos, incluso en los casos, como en la aplicación de calor radiante o de criopresión, en los cuales la variable dependiente es la duración. Los dolores clínicos suelen ser de duración prolongada y difícilmente definida. Precisamente por este factor de brevedad, el dolor experimental se acerca más al dolor agudo y raramente reproduce las características del dolor crónico, el más frecuente y el más difícil de explicar en la clínica. Con animales sí se han hecho trabajos que reproducen el modelo de dolor crónico, pero estamos todavía lejos de disponer de un modelo que nos haga evidentes las similitudes entre dolor animal y dolor humano.
2. En las condiciones de laboratorio, sobre todo en los estudios sobre la tolerancia, la aplicación del estímulo se interrumpe cuando se hace insoportable. Y es el individuo el que decide cuándo es insoportable y, por consiguiente, cuándo ha de ser interrumpido. No sólo existe un nivel del cual se sabe que no se va a pasar sino que la estimulación está bajo el control del sujeto. Ni lo uno ni lo otro se dan en el dolor clínico. Precisamente lo que caracteriza a éste, sobre todo en los casos crónicos, es la falta de control del paciente sobre el cuadro y su evolución.
3. Por razones de comodidad y de mejor dosificación y conocimiento de los estímulos, en los trabajos experimentales se suele preferir la aplicación cutánea de los estímulos nociceptivos. En la clínica, la

localización suele ser profunda o visceral. Este hecho establece diferencias no sólo en cuanto a las características fisiológicas (García-Valdecasas, 1982) sino también en términos de comunicación. En estos casos el sujeto y el observador comparten mucha información. El observador tiene acceso a una parte importante de la información de la que dispone y que intenta comunicar el sujeto. Así pues, el dolor cutáneo constituye un caso especial, a partir del cual es difícil y a menudo arriesgado extrapolar a otras situaciones.

4. También por cuestiones de paradigma, el dolor experimental se produce mediante la aplicación de estimulaciones simples y, hasta cierto punto, groseras, es decir, no matizadas. La aplicación de frío, de calor, de energía eléctrica o incluso la estimulación química, son relativamente puras y puntuales. Excepto en el caso de estudios especiales, se procura evitar al máximo la influencia de estímulos contaminantes que provengan de la situación. La significación de la situación se hace clara al sujeto, se intenta impedir la interferencia de factores personales o incluso de los que puedan determinar ansiedad. En algunos casos, estos factores son utilizados como variables independientes y, por consiguiente, escrupulosamente dosificados y controlados. Nada de esto sucede con el dolor en la clínica. Aquí la ambigüedad, la contaminación, las combinaciones de factores son la regla, no la excepción y, por supuesto, difícilmente están controladas. Aspectos tales como la familiaridad con la situación, las expectativas, la inseguridad, la búsqueda de apoyo social, son todos aspectos característicos de la

situación clínica y no de la situación experimental. La importancia de los mismos es una cuestión empírica, pero su existencia es un hecho.

5. Asimismo, la respuesta que se requiere en los trabajos experimentales suele ser simple y poco elaborada, a menudo, en las investigaciones con animales, una respuesta no aprendida. Generalmente se trata de una respuesta puntual a estímulos puntuales. Una excepción a esto serían las técnicas de graduación o "tirtracion" de estímulos, utilizadas por Weiss y Laties (1963)), en las cuales se exponen los sujetos (monos) a un choque eléctrico que aumenta gradualmente y cuya intensidad pueden reducir emitiendo una respuesta (de escape) específica, determinándose, de esta forma, lo que los autores denominan "el umbral aversivo". Que yo sepa, no existen trabajos semejantes en humanos, cuando precisamente una de las características del dolor en la clínica es la fluctuación a lo largo de una o de unas pocas dimensiones en lugar de una sucesión de estimulaciones que aparecen y desaparecen completamente cada vez.
  
6. Los sujetos en los que se realizan los estudios experimentales suelen ser sujetos sanos, en su mayoría jóvenes y voluntarios, normalmente pertenecientes a la categoría humana mejor estudiada: la de los estudiantes universitarios. Su comportamiento no tiene por qué ser análogo o transponible al de los pacientes, sobre todo crónicos. Una de las diferencias que pueden ser más significativas consiste precisamente en la novedad de la experiencia, en

contraposición a la continuidad de una experiencia que ya se ha hecho habitual en los pacientes (Fox, 1979) y que ellos viven no en las controladas condiciones del laboratorio sino como un elemento de su ambiente natural.

7. Otras diferencias son más especiales y dependen de la forma en que se efectúa el estudio. Por ejemplo, en los trabajos experimentales se suele pedir información sobre dos valores extremos: el de umbral y el de tolerancia. En los trabajos clínicos, incluso utilizando los mismo instrumentos de medida, por ejemplo, una escala analógica visual, se pide información sobre un valor "promedio", por ejemplo, de la intensidad de varios días o de varias horas. No tienen por qué ser lo mismo.
8. La diferencia que más impresionó a los primeros autores que se plantearon la necesidad del estudio científico del dolor, un ejemplo representativo de los cuales es Beecher, fue el diferente comportamiento de los analgésicos en la situación experimental comparada con la situación clínica. Lo que le impresionó fue que la morfina, el analgésico por excelencia, no parecía tener un efecto predecible como en la clínica y de que el efecto placebo, frecuente en la clínica, apenas se daba en las situaciones experimentales. De estos hallazgos, Beecher y sus seguidores han dado múltiples interpretaciones, la más importante de las cuales consiste en la necesidad de separar dos componentes en la experiencia de dolor: el componente sensitivo y el componente motivacional o emocional. En el dolor experimental faltaría este segundo componente o tendría

una implicación diferente. Independientemente de la validez de tales interpretaciones, la respuesta a los agentes farmacológicos se muestra como uno más de los elementos diferenciales entre las dos situaciones.

9. La dimensión más frecuentemente estudiada en los trabajos experimentales es la intensidad. Los problemas que ello plantea, consistentes sobre todo en las distorsiones ocasionadas por la condensación de múltiples datos en una única medida, están en parte atenuados, en estas situaciones, por el hecho de que existe una información que puede servir como referencia: los parámetros y valores de la estimulación. Esto no sucede con el dolor clínico, ni agudo ni crónico.

El análisis de estas y otras diferencias puede constituir, como señala Sternbach (1968), un mero ejercicio en fenomenología, puesto que su peso y su significación son cuestiones empíricas, a ser dilucidadas mediante estudios específicamente dedicados a ello. Por el momento, e independientemente de la necesidad de formular un modelo conceptual que las englobe o que las explique, es preferible no pretender suplir con estudios experimentales las imprescindibles investigaciones en ámbitos clínicos, que son los más directamente significativos (Azrin, 1977), esforzándose, claro está, por reproducir en ellos las condiciones de rigor y control que caracterizan el trabajo en el laboratorio.

### LA INTENSIDAD COMO MEDIDA.

También en la clínica, muchos de los procedimientos de medida del dolor se basan en la apreciación o estimación de la intensidad. Melzack (1971) equipara la justificación de tales procedimientos, sobre todo cuando son los únicos, a la pretensión de unir en una sola medida todas las características de un objeto apreciables por la vista. Yo haría otro símil: el del gusto. ¿Qué información se obtendría pidiendo a una serie de sujetos que indicaran la intensidad - cuán "fuerte" es - de una serie de alimentos, que, para acercarnos un poco más al estudio sobre el dolor, el investigador no conociera? ¿Es más "fuerte" un alimento picante frío o uno suave caliente? ¿Es más "fuerte" el champán o el chile? Esta medida, perfectamente lícita, resultaría de escasísima utilidad, ya que el valor obtenido en cada caso sería el resultante de la combinación de múltiples dimensiones, dimensiones y combinaciones básicamente desconocidas. El referir estos valores unos anclajes tales como "Nada fuerte" o "Tan fuerte que lo escupiría a los pocos segundos" o la sofisticación en la elaboración estadística de los resultados no anularían el hecho de que se trata de malos datos, no ya porque proporcionen poca información sino porque la que proporcionan es excesiva y, sobre todo, ambigua o confusa.

Esta es la principal crítica que se puede hacer al uso de la intensidad como parámetro de medida: simplemente no es una medida pura. Es la resultante de la combinación de múltiples factores, en su

mayoría desconocidos y probablemente variables. Algo semejante sucede con los valores de umbral y, por supuesto, de tolerancia, que, como Chapman (1976) afirma, refiriéndose a los primeros, no reflejan atributos únicos sino combinaciones desconocidas de múltiples atributos. El uso de esta medida, por las razones expuestas, es especialmente cuestionable en estudios intersujetos. Es algo más defendible, como forma de estudio de variaciones temporales, en estudios intrasujetos, sobre todo en procedimientos de autorregistro, como se utiliza en los diarios de dolor.

Según Melzack (1971), "la medida de la intensidad es una reliquia de las antiguas teorías del dolor, basadas en el modelo sensorial. Tanto en la situación experimental como en la clínica, el experimentador da por supuesto que cada estímulo genera una hipotética sensación, estas sensaciones van aumentando y, en algún punto, se convierten en experiencias de dolor, cuya intensidad también tiene un incremento lineal." Como expresa muy gráficamente Beecher (1965), refiriéndose a sí mismo en su etapa pre-sofisticación, se considera que "Dolor es dolor": un fenómeno único, que varía en localización e intensidad.

Beecher (1959), como se ha dicho, contrapone a esta concepción una teoría del dolor en la cual el componente sensorial se acompaña de un componente reactivo o motivacional. Los investigadores que han venido a continuación han aceptado esta distinción (recogida también en la

definición que propone la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) y esforzado por encontrar las bases neurológicas que la sustentaran, a partir de las posibilidades abiertas por la teoría del control de la compuerta (Melzack y Wall, 1967). Se ha superado en gran medida el modelo estrictamente sensorial pero para caer en un dualismo y la pretensión de utilizar procedimientos de medida que recogieran información, por separado, sobre la intensidad de uno y otro componente, como si se tratara de fenómenos o factores yuxtapuestos.

Creo que vale la pena recordar aquí la posición del propio Wall que se pronuncia respecto a dicha dicotomía en los términos que se reproducen a continuación.

"Una escuela de pensamiento considera que la parte inicial de la cadena, desde el estímulo a la sensación, se produce en todas las personas como un proceso mecánico y va seguida de procesos interpretativos en los cuales intervienen diversos factores psiquiátricos o sociales. (...) Este supuesto no concuerda ni con la observación del dolor en la clínica ni con la fisiología de los sistemas de transmisión. Una persona con una lesión grave no necesariamente primero experimenta dolor puro seguido por interpretación. (...) Los que responden al placebo no sienten primero una sensación y luego deciden ignorarla." (Wall, 1964)

No es, por lo tanto, cuestión de usar dos medidas globales en lugar de una sino, como defiende Melzack, de aplicar procedimientos cualitativos, que reflejen una gran variedad de dimensiones o atributos del fenómeno en estudio.

### QUE SE MIDE CUANDO SE MIDE DOLOR

Se han expuesto algunos de los problemas metodológicos y conceptuales implicados en la medición del dolor sobre todo en la clínica. Frente a estos problemas algunos autores han optado por posturas extremas y negar toda posibilidad de medición en este ámbito. Tales posturas se ejemplifican en las palabras de Savage, citado por Chapman (1976): "La medición, en términos generales, es el proceso que consiste en comparar un objeto con otro, considerado como patrón, dentro de una dimensión determinada. Al pretender medir el dolor, ¿cuáles serían los objetos patrón? ¿Otros dolores u objetos físicos? Si utilizamos dolores, estamos utilizando objetos privados, que no pueden ser sentidos por nadie más que el propio sujeto". Según Savage, el dolor o los dolores son esencialmente entidades no-medibles y la asignación arbitraria de números a sus manifestaciones no constituye medición.

Ateniéndonos a lo que dice Savage, el principal problema de la medición del dolor estriba en la apreciación de que se trata de un hecho interno y subjetivo y que, como tal, no admite la comparación con unidades de medida patrón. Es una objeción importante, pero no definitiva. Como el mismo Chapman (1976) apunta, en realidad el problema es otro: cómo definir operacionalmente o bien el dolor o bien las operaciones de su medición.

Una de las definiciones de dolor que se ha hecho más popular es la propuesta por Merskey en 1975: "El dolor es una experiencia desagradable que asociamos primariamente con una lesión hística o que describimos en términos de tal lesión, o ambos ", a la cual Fordyce (1978) añadió, sin demasiado éxito: "y la presencia de la cual es indicada por alguna forma de conducta visible o audible". En 1979, el subcomité de taxonomías de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P.), recogió las sugerencias de Merskey en la formulación de su definición, propuesta como posible marco operacional. Según la I.A.S.P., dolor es "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística presente o potencial, o descrita en términos de la misma".

Como se añade casi inmediatamente, "Esta definición representa un acuerdo entre las diversas especialidades de anestesiología, odontología, neurología y neurocirugía, neurofisiología, psiquiatría y psicología". O sea, que se trata de una definición consensuada. Esto no está dicho con ánimo de crítica, es una constatación. Desde luego, es lo mejor que se podía hacer para poner un poco de orden en un campo que había adquirido ya proporciones gigantescas y en el cual se había procedido yuxtaponiendo estudios, fenómenos o conceptos por comunidad o similitud de elementos, pero sin que existiera un componente o un conjunto de componentes fijos y comunes a todos los casos. Lo que parece claro es que tiene una limitada utilidad en relación al problema de la medición ya que todavía no existen procedimientos para medir "una experiencia".

Sin embargo, la ausencia de una definición operacional del dolor no ha constituido un impedimento para que, de una forma u otra, se realizaran mediciones en este ámbito, como respuesta a necesidades prácticas, especialmente imperiosas en la clínica.

Estas necesidades son también las que han definido las condiciones a cumplir por los procedimientos y estrategias empleados para ser de utilidad y validez clínicas. En primer lugar, estas medidas tienen que permitir un diagnóstico, orientar un tratamiento y formular los objetivos del mismo. En segundo lugar, tienen que permitir tomar decisiones respecto a qué tipo de pacientes son susceptibles de obtener beneficios de un determinado programa terapéutico o de rehabilitación. En tercer lugar, tienen que proporcionar información sobre los cambios producidos por el tratamiento, reflejando fiable y sensiblemente tales cambios y haciendo así posible determinar la eficacia terapéutica y evaluarla en términos de sus costes.

Los aspectos que sistemáticamente se han medido tanto en la clínica como en el laboratorio han sido respuestas o parámetros de respuesta. Como resume Wall (1979), "todas las técnicas de medición del dolor se reducen a ayudar al sujeto a verbalizar". Cuando se ha hablado de medición del dolor lo que se ha estudiado o lo que se ha observado han sido comportamientos y relaciones o covariaciones de comportamientos. Desde esta perspectiva, el problema de la medición del dolor queda reducido o se desplaza al problema de qué modelo conceptual es más satisfactorio en cuanto a definir operacionalmente las dimensiones del fenómeno. Puesto que lo que se mide o se estudia

son parámetros o dimensiones de respuesta, el problema consiste en determinar cuáles son los parámetros o dimensiones de respuesta pertinentes y definirlos operacionalmente.

Como apunta Chapman (1976), la medición no concierne a la totalidad de un objeto o de un hecho sino a algún rasgo particular de los mismos, es decir, un atributo o una dimensión. Estas son entidades conceptuales a lo largo de las cuales los hechos o los objetos pueden compararse o relacionarse entre sí, de una u otra forma. Al seleccionar un atributo para medirlo, el investigador ha de cumplir con dos condiciones. En primer lugar, que este atributo o dimensión exista en realidad y sea pertinente al fenómeno en estudio, en este caso al dolor. En segundo lugar, que las medidas utilizadas sean específicas para cada atributo o dimensión y no reflejen varios de ellos en un solo valor, como ocurre, por ejemplo, con la intensidad o el umbral.

Los diversos modelos parciales de cada escuela o cada autor han servido para determinar cuáles eran las respuestas o aspectos de las respuestas y cuáles las relaciones funcionales consideradas pertinentes en cada caso. Con el fin de hacer frente a los peligros derivados de la atomización, Frederiksen (1978) formulaba las siguientes recomendaciones en cuanto a las estrategias a seguir en la medición en el estudio del dolor:

1. Un enfoque de la medición variado o multidimensional, preferiblemente con múltiples medidas tanto objetivas como subjetivas.
2. Desarrollar medidas objetivas susceptibles de ser recogidas por observación directa.
3. Preocuparse por la fiabilidad y validez de tales medidas.
4. Puesto que el dolor no es necesariamente un fenómeno unitario, cualquier relación entre distintas características tiene que establecerse empíricamente, y no darse por supuesta.

Los datos o medidas más frecuentemente citados en la bibliografía y que la mayoría de autores considera pertinentes en el estudio clínico del dolor se refieren a los siguientes parámetros de respuesta:

Aspectos del comportamiento verbal consistentes en contenidos referidos a características espacio-temporales, de intensidad y cualidades de dolor.

Aspectos del comportamiento verbal y motor considerados socialmente como significativos o indicativos de dolor (conductas de dolor).

Indicadores de incapacitación y de la interferencia en el nivel de actividad habitual.

Cada uno de estos aspectos se estudia mediante diferentes tipos de procedimientos, dentro de los cuales son especialmente importantes los que permiten realizar comparaciones intrasujeto y obtener información sobre la evolución en el tiempo de cualquiera de las medidas empleadas.

### MEDIDAS DE AUTOINFORME

En materia de contenidos de la información recogida suele ser difícil distinguir las medidas de autoinforme de las de autorregistro, puesto que es frecuente que coincidan. La diferencia se establece básicamente en cuanto al procedimiento. En el autoinforme es típico el que se proporcione la información al cabo de un periodo más o menos largo de haberse producido los hechos. El autorregistro, en cambio, ofrecería datos recogidos en momentos próximos a la aparición de los hechos o fenómenos sobre los cuales el sujeto informa. En este sentido, se parecería más a la observación directa.

En situaciones experimentales, ambos se confunden, ya que los fenómenos sobre los cuales se informa y la situación en que se proporciona información están muy próximos en el tiempo y en el espacio, pero en el ámbito clínico la diferencia es importante ya que puede influir en la cantidad, calidad y precisión de la información recogida, en virtud de mecanismos relacionados con la memorización y, sobre todo, con la intervención de variables situacionales. Dicho en otras palabras, lo que puede resultar crítico no es sólo el paso del tiempo y los hechos intervinientes sino el que la situación en la que el paciente recoge la información - su ambiente natural - y aquella en que la proporciona - el ambiente clínico - sean diferentes.

Otras diferencias, menos sistemáticas, consisten en el hecho de que los procedimientos de autoinforme suelen recoger información "globalizada", es decir, referida a varias instancias de los hechos referidos, mientras que los procedimientos de autorregistro se caracterizan por una menor relación hechos/informe, cuando tal relación no es 1:1, como ocurre, por ejemplo, en los registros de frecuencias. La información "globalizada", por ejemplo, sobre "lo habitual" o "lo más frecuente" o "el promedio", puede implicar una menor matización de los datos y la desatención a características diferenciales sutiles. Pero, sobre todo, plantea la posibilidad de que la persona que informa esté, en realidad, formulando un "diagnóstico" o una reconstrucción lógica sobre cómo tuvieron que producirse los hechos. Esto no tiene por qué ser algo negativo: a menudo nos interesa precisamente saber la opinión del paciente, su interpretación de la situación y de las posibles relaciones funcionales y el significado de los hechos que explica. Pero es conveniente que este sistema de recogida de información se complemente con otros más puntuales y, desde este punto de vista, más objetivos.

En el estudio del dolor, la información recogida a partir del autoinforme abarca dos grandes ámbitos: los datos de la historia clínica y los datos sobre aspectos o contenidos específicos.

No se va a hablar aquí del primer tipo de datos, en primer lugar, porque no constituyen propiamente medidas y, en segundo lugar, porque simplemente reflejan "pari passu" lo que su autor o la persona que los usa piensa en términos de qué es el dolor y qué variables son

pertineentes a su estudio. Como ejemplos de protocolos particularmente sistemáticos o que han tenido especial difusión y popularidad, véanse el que acompaña el MPQ (Melzack, 1983) y el de Turk y col. (1983). En el apéndice 1 se incluye el protocolo de historia que se ha utilizado en el presente estudio, inspirado en los trabajos de N.Handler en el "Chronic Pain Treatment Center" del Johns Hopkins Hospital (Hendler, 1981).

### ESTIMACIONES CUANTITATIVAS

Este conjunto de procedimientos tiene en común el que se requiere del paciente una estimación de la intensidad de su dolor. La información obtenida consiste en una respuesta o bien productiva (decir un adjetivo o un número) o bien de reconocimiento (identificar una palabra, una longitud o un número determinados como representativos de la magnitud del fenómeno a evaluar).

Las mismas escalas suelen utilizarse, con las correspondientes adaptaciones en los términos, para recoger información sobre el grado de alivio que el paciente ha experimentado o los cambios producidos por los tratamientos. En general, se recomienda medir este último factor de una forma independiente y no sólo a partir de comparaciones entre estimaciones sobre intensidad del dolor realizadas en momentos diferentes.

También hay autores (Johnson y Rice, 1974, Turk y col., 1983 o Tursky, 1981, entre otros) que insisten en la conveniencia de realizar estimaciones de la sensación y del "distress" por separado, aunque con el mismo tipo de escalas o de procedimientos.

Se describen a continuación algunas de las escalas más usadas en la práctica clínica. Por razones de claridad, la descripción corresponderá a los tipos puros, pero hay que tener presente que es habitual que cada autor utilice escalas que constituyen particulares

combinaciones de los diversos tipos. Puesto que hay que utilizar términos sin contexto, en los casos de duda se indica la palabra inglesa junto con la traducción castellana propuesta.

### ESCALAS VERBALES O DESCRIPTIVAS SIMPLES

Estas escalas consiste en series de palabras, habitualmente, en número de cinco o siete, dispuestas de tal forma que representen un orden creciente o decreciente de intensidad, entre las cuales el paciente ha de indicar la que corresponde a su dolor. Estos términos pueden ser adverbios inespecíficos:

NADA - POCO - BASTANTE - MUCHO

o bien adjetivos, más específicos e indicativos:

NADA - LIGERO - MODERADO - ATROZ - INSOPORTABLE

o bien, mezclas de los dos tipos.

Se considera que el introductor de este tipo de procedimientos en el estudio del dolor fue Keele, el cual en 1948 elaboró una escala constituida por los siguientes términos descriptivos:

LIGERO - MODERADO - INTENSO ("Severe") - ATROZ  
("Agonising")

Este instrumento se hizo muy popular, sobre todo por la sencillez de su uso. No sucedió lo propio con el hecho de que, en su versión original, cada uno de los adjetivos iba acompañado de una definición que sirviera como anclaje de referencia.

Los términos utilizados en estas escalas suelen variar y no parece haber indicadores de que justifiquen o sustenten la conveniencia de unos respecto a otros. Sin embargo, una diferencia que puede resultar importante es entre las escalas que utilizan una primera categoría referida a ausencia de dolor y las que no lo hacen, consistiendo la primera categoría ya en un indicador de cantidad.

#### ESCALAS NUMERICAS

En estas escalas, el paciente ha de efectuar una estimación diciendo o eligiendo un número entre 0 y n, siendo n, por regla general, 10 o 100. Es frecuente que se cualifiquen los valores extremos, con expresiones que suelen ser poco variadas para el 0: "Ausencia o nada de dolor", pero que muy heterogéneas para el otro extremo, como se puede apreciar en los siguientes ejemplos sacados de la bibliografía: "Un dolor insoportable", "Un dolor que Vd. no podría soportar más de unos minutos", "El dolor que, si Vd. tuviera que soportarlo más de unos minutos, pensaría en suicidarse", "El dolor más intenso que Vd. haya experimentado", "El peor dolor imaginable" o, más expeditivamente, "El peor posible" ("As bad as it could be").

Otras variantes se establecen en la forma de respuesta. En estas escalas es donde se dan más frecuentemente las dos posibilidades básicas: respuestas productivas y respuestas de reconocimiento. Estas

últimas pueden consistir simplemente en señalar un número o bien la medida correspondiente en un segmento numerado.

Generalmente, cualquier protocolo de medición de dolor, por ejemplo los diarios conductuales, incluye algún instrumento de este tipo, por lo común bajo forma de escala numérica. Estas últimas se suelen preferir a las verbales o descriptivas simples porque proporcionan una más amplia gama de puntuaciones, sobre todo las que van de 0 a 100 y, por consiguiente, son consideradas más sensibles.

La escala que hace parte del MPQ y cuya puntuación es la que proporciona el que Melzack (1975) denomina indicador de la Intensidad del Dolor Presente (PPI) es una mezcla de las dos anteriores. En ella el paciente ha de elegir una de las siguientes combinaciones de números y palabras:

1. LIGERO ("Mild")
2. MOLESTO ("Discomforting")
3. PERTURBADOR ("Distressing")
4. HORRIBLE ("Horrible")
5. ATROZ ("Excruciating")

Según el autor, estos cinco adjetivos o puntos de "anclaje" constituyen una escala de intervalos iguales.

Un ejemplo muy interesante de escala numérica es la que se reproduce a continuación, utilizada en estudios sobre cefaleas por Collins y Thompson (1979) y adaptada de Budzynski y col. (1973). En la misma, en correspondencia a cada número o nivel de estimación posible, se proporciona una explicación en términos de hechos observables o descritos de una forma bastante objetiva. Como puede apreciarse tal descripción - y no podía ser de otra forma - corresponde a factores de incapacitación o de interferencia con las actividades habituales.

- 0 = ausencia de dolor de cabeza
- 1 = dolor de cabeza presente, pero puede ignorarse fácilmente
- 2 = dolor de cabeza presente, no puede ignorarse, pero no interfiere con las actividades de cada día
- 3 = dolor de cabeza presente, no puede ignorarse, impide concentrarse
- 4 = dolor de cabeza presente, no puede ignorarse, interfiere con todas las actividades, excepto las que se refieren a necesidades básicas tales como comer o ir al lavabo
- 5 = dolor de cabeza presente, no puede ignorarse, se ha de guardar cama.

En nuestro país, C.Saldaña también ha utilizado una escala de este tipo (Saldaña, 1982), con una descripción de los referentes de cada número, desde mi punto de vista, aún más clara y pertinente que la citada.

### ESCALA ANALOGICA VISUAL

En este tipo de procedimientos, denominados, en inglés, "Visual Analogue Scales" o VAS, la estimación de la intensidad se lleva a cabo trazando, en un segmento de 10 centímetros de longitud, una marca o señal, cuya distancia de uno u otro extremo correspondería a tal estimación. Es frecuente que los extremos del segmento estén cualificados, con términos semejantes a los que se indicaban para las escalas numéricas.

Antes de convertirse en uno de los procedimientos más populares en el estudio del dolor, el uso de la escala analógica visual se había ya difundido en la práctica psiquiátrica, preconizado, sobre todo, por Aitken (1969). Según su principal defensor, Huskisson (1976), "se considera la longitud del segmento como una representación del continuo de alguna experiencia, por ejemplo, el dolor, y los extremos, como los límites extremos de la sensación o de la respuesta a medir".

Para analizar la información obtenida, se acostumbra dividir el segmento en 20 partes iguales. La razón de estas 20 subdivisiones ha de buscarse en el hallazgo en trabajos experimentales de la existencia, entre los valores de umbral y de tolerancia, de 21 diferencias apenas perceptibles (JND o "Just Noticeable Differences").

El VAS tiene una importante limitación y es que para algunos pacientes es de difícil comprensión y plantea a veces dificultades de discriminación. De aquí que casi no se use en los procedimientos de autorregistro continuado, por ejemplo, en los diarios de dolor. El porcentaje de pacientes que se revelan incapaces de entender su uso es limitado (10 %, aproximadamente) pero no se distribuye uniformemente sino que se condensa en las edades extremas, por lo que para niños y ancianos se considera preferible utilizar una escala numérica de 0 a 100.

#### ESCALAS GRAFICAS

Una escala gráfica es un análogo visual, a lo largo del cual se superponen números o términos descriptivos para facilitar la comprensión. Es muy importante que tanto los números como las palabras se distribuyan con regularidad de un extremo al otro del segmento. Así como los análogos visuales simples pueden disponerse tanto en horizontal como en vertical, las escalas gráficas tienen que ser siempre horizontales, para que la distribución de las letras o cifras pueda ser uniforme y no se acumulen las valoraciones o señales de los pacientes en correspondencia de determinados valores. Por esta misma razón, muchos autores desaconsejan utilizar números, ya que es más probable que las puntuaciones se acumulen sobre los múltiplos de cinco.

Según Freyd y Huskisson, citados por Scott y Huskisson (1976), en la elaboración de una escala gráfica se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

- definir la sensación o la respuesta a observar
- decidir sobre los extremos de la sensación o respuesta; las frases o expresiones finales no deberían estar expresadas en términos tan extremos que nunca se utilizaran
- no es necesario alternar los extremos favorables del segmento
- los términos descriptivos tienen que ser expresiones breves, fácilmente comprensibles, de uso común y pertinentes
- la mediana de la sensación o respuesta tiene que estar en el centro de la línea
- no se tienen que sobreimponer números porque ciertos números son preferidos a otros y ello interfiere con la distribución de los resultados
- la línea tiene que tener una longitud tal que pueda ser abarcada como una unidad o de una mirada (10 cm es lo conveniente) y sus extremos tienen que estar marcados muy claramente, de forma que los sujetos no puedan trazar puntos fuera del segmento.

No han faltado autores (por ejemplo, Chapman, 1977) que hayan criticado uno o todos estos tipos de procedimientos y, sobre todo, la justificación de su uso como medidas únicas. El principal argumento en que se basan inespecíficamente las críticas es que se pretenda recoger información sobre la intensidad, es decir, se estudie o se tenga en

cuenta una sola dimensión. Bond (1980) pone en boca de los defensores de uno de estos procedimientos, los análogos visuales (VAS), la réplica según la cual "su método de evaluación no deja de recoger información sobre todas las dimensiones, aunque (...) no las mida de una forma individual y por separado, lo cual es otra cuestión".

Otras críticas son de carácter estadístico y se refieren al hecho de que los intervalos utilizados (sobre todos en las escalas numéricas y verbales) se ignoran, pero se tratan estadísticamente como si fueran conocidos e iguales. Como dice Madrid Arias (1980), "bastante" no significa necesariamente el doble de "poco", ni, a pesar de las protestas de Melzack, la distancia entre "Ligero" y "Molesto" tiene por qué ser la misma que entre "Horrible" y "Atroz".

En general las puntuaciones obtenidas en las escalas que se han citado muestran una buena correlación entre sí. Huskisson (1975) comparando datos obtenidos con una escala verbal con los correspondientes obtenidos con el VAS o una escala numérica obtuvo correlaciones de .64 y de .59, respectivamente. La correlación entre los datos obtenidos en la escala numérica y en el VAS fue de .86. Otros autores han encontrado correlaciones semejantes. Hay que citar aquí el trabajo de Reading y Cox (1979) con mujeres sometidas a epifisiotomía. La correlación entre los resultados en el análogo visual y en una escala numérica fue bastante elevada, pero, y esto es sorprendente, fue más baja (.46) el primer día después de la intervención que el segundo (.71).

### PROCEDIMIENTOS DE IGUALACION

Este grupo de estimaciones cuantitativas está formado por un conjunto de procedimientos pensados para servir de puente entre el laboratorio experimental y la clínica. Los sujetos estudiados son los propios pacientes y la información obtenida consiste en la relación entre el valor de tolerancia y el valor de dolor inducido cuya estimación iguala o puede aparearse ("matching") con el dolor clínico.

El tipo de técnica experimental o de inducción utilizada puede ser, y, de hecho, ha sido, cualquiera de las técnicas habitualmente usadas en el laboratorio, pero las que más se han difundido han sido aquellas cuya unidad de medida era el tiempo: la estimulación por criopresión ("cold-pressor test") y por isquemia muscular. Se describe, a continuación, esta última, por ser, con mucho la que más se ha utilizado y aquella sobre la cual existe un mayor número de estudios, además de ser la única que Beecher consideró aceptable.

Bajo el malsonante nombre de "Técnica del torniquete por esfuerzo submáximo" ("Submaximum-effort Tourniquet Technique" o SETT), fue introducida por Smith para el estudio de los analgésicos (Smith y cols., 1966), defendida por Beecher (1969) y definitivamente desarrollada por Sternbach (Sternbach y cols., 1974, 1977). El procedimiento de aplicación, tal como lo describe Turk (Turk y cols., 1983) es el siguiente:

"El paciente mantiene levantado por encima de la cabeza y durante un minuto el brazo no dominante. A continuación, tras la aplicación de un esfigmomanómetro y su inflado hasta una presión de 240 mm Hg, aprieta 20 veces durante 20 segundos y con pausas también de 20 segundos un dinamómetro manual, bloqueado a 8 kg de fuerza."

La unidad de medida es el tiempo, en segundos, a partir del final de los ejercicios (o, como sugiere Fox, 1979, de la aplicación del manguito) hasta que se alcance el valor de tolerancia o algún otro punto definido. En la aplicación de Sternbach (1974), la técnica arroja los siguientes índices:

NIVEL DEL DOLOR CLINICO: el tiempo, en segundos, para igualar la intensidad del dolor clínico del paciente.

MAXIMA TOLERANCIA AL DOLOR : el tiempo máximo, en segundos, que el paciente tolera el dolor isquémico inducido.

RAZON DEL DOLOR POR TORNIQUETE: la razón dolor clínico/tolerancia, multiplicado por 100, o sea la relación entre los dos valores anteriores. Esta medida indirecta arroja una estimación porcentual del nivel del dolor crónico del paciente, o la relación del dolor clínico con su propia tolerancia.

La aplicación de esta técnica se acompaña de una estimación verbal del dolor, mediante una escala numérica de 0 a 100, (0 = "Nada de dolor" ; 100 = "Dolor tan intenso que la persona comitiría suicidio si tuviera que soportarlo más de uno o dos minutos"), referida al promedio del dolor.

Según sus autores, las ventajas de este método son múltiples. En primer lugar, la semejanza con el dolor clínico: este procedimiento produce un dolor profundo de intensidad lentamente creciente semejante a muchos dolores patológicos. Ello ha sido puesto de manifiesto, entre otros aspectos, por las propias informaciones de los pacientes, que suelen utilizar para este tipo de dolor calificativos y descripciones muy semejantes a los que usan para connotar sus dolores clínicos o patológicos. El estímulo inductor es el tiempo (de isquemia), lo cual puede resultar más pertinente al estudio del dolor crónico que los estímulos que varían en intensidad, como los que se utilizan en otros tipos de trabajos (Fox, 1979). Incluso en sujetos experimentados, produce las marcadas respuestas vegetativas (sudoración, dilatación pupilar, taquicardia) que acompañan frecuentemente los dolores de origen patológico.

"Por otra parte, el uso del dolor isquémico, en comparación con otras formas de medidas o estimaciones, ofrecería la ventaja de proporcionar un estímulo físico con el cual el paciente puede establecer una correspondencia con su dolor clínico. Esto no elimina la respuesta subjetiva pero, introduciendo un estímulo doloroso en el juicio del paciente, hace la medida del dolor clínico más precisa que la simple

estimación del dolor. En general, la igualdad o correspondencia de magnitudes es más exacta que la producción de magnitudes." (Sternbach, 1974)

Siempre según Sternbach, esta técnica tiene una excelente fiabilidad y una buena validez, entendida como variación de acuerdo con las intervenciones analgésicas y parece correlacionar bien con las estimaciones numéricas del dolor. Sternbach añade que, mediante elaboración estadística, él y sus colaboradores pudieron mostrar que la estimación numérica del dolor (escalas numéricas) se asociaba con el impacto en las actividades de la vida de cada día, mientras que las puntuaciones obtenidas con la técnica del torniquete se asociaban con el nivel de depresión del paciente, y que las dos puntuaciones reflejaban claramente factores distintos.

Asimismo, esta técnica se habría demostrado de utilidad para inferir los mecanismos de los procedimientos analgésicos. Por ejemplo, el nivel de dolor clínico, pero no la máxima tolerancia al dolor, se modificó por la analgesia producida por neuroelectro estimulación transcutánea (Sternbach, 1976)), mientras que la máxima tolerancia al dolor, pero no el nivel de dolor clínico, aumentó con la administración de clorimipramina (Sternbach, 1976). La conclusión a la que llega el autor es que el componente de nivel de dolor clínico parece reflejar fenómenos periféricos, mientras que el componente de la máxima tolerancia al dolor parece reflejar fenómenos centrales.

Sin embargo, la hipótesis de la diferente representatividad de los dos componentes se tuvo que cuestionar parcialmente a partir de los trabajos de Moore y cols. (1979), los cuales llevaron a cabo una revisión de esta técnica desde el punto de vista metodológico. Sus estudios se dirigieron a averiguar si las diferencias en el esfuerzo y la duración del ejercicio podían afectar la velocidad de inducción del dolor y a examinar la relación entre intensidad del dolor isquémico y tiempo transcurrido, que, normalmente, se supone lineal. Los resultados obtenidos mostraron que las estimaciones de dolor no eran una función lineal del tiempo sino que seguían una curva sigmoidea. El propio Sternbach (1980) acepta que ello podría explicar parte de la variabilidad en los datos de los pacientes, especialmente en intensidades extremas. Según Moore (1979), las puntuaciones extremas tienen que ser interpretadas a la luz de la curva de respuesta sigmoidea y no como una función del estilo comunicativo del individuo, o la necesidad psicológica de comunicar su sufrimiento.

Es interesante señalar que, en los estudios de Sternbach (1974), ninguna de las dos fuentes de información, la estimación numérica de la intensidad y los valores derivados de la aplicación de la técnica del torniquete, ni sus diferencias correlacionan con variables derivadas de la administración del MMPI y de un Índice de Salud, que el autor utiliza como elementos rutinarios en el estudios de los pacientes con dolor crónico.

Si bien Beecher (1969) refirió haber observado con esta técnica una buena sensibilidad a la acción de diferentes tipos de analgésicos, en trabajos efectuados a doble ciego y con placebos, otros autores, incluyendo el propio Sternbach, no han podido replicar estos resultados. Bloomfield y Hurwitz (1970), por ejemplo, observaron que la aspirina era eficaz en el dolor por epifisiotomía mientras que no daba resultados fiables en el dolor por isquemia según la técnica del torniquete. El mismo Sternbach (1977), usando como sujetos experimentales pacientes con dolor crónico, no fue capaz de detectar diferencias en la acción analgésica de morfina (60 mg.), codeína (60 mg.), aspirina (600 mg.) y placebo, obteniendo unos resultados de tan grande variabilidad que hacían imposible obtener significación estadística. Su única consolación fue que la estimación de la intensidad en una escala numérica - la medida subjetiva utilizada tradicionalmente en estudios clínicos sobre analgésicos - tampoco permitió discriminar entre los pacientes.

Un último tipo de estudios realizados con esta técnica está ejemplificado por el trabajo de Fox (1979) dirigido a buscar semejanzas y diferencias en cuanto a la respuesta entre pacientes con dolor crónico y voluntarios sanos. Los resultados demostraron grandes semejanzas entre unos y otros en la mayoría de los resultados experimentales. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la tolerancia, ni otras variables tales como la historia anterior de dolor, la historia familiar de dolor, etc. En el único aspecto en que se registraron diferencias significativas consistió en la presencia de un número significativamente mayor de

funciones negativamente aceleradas entre los normales que entre los pacientes. Según el autor, ello sugiere un curso diferente de la percepción del dolor en los dos grupos. El crecimiento más rápido de las estimaciones de dolor en el grupo de pacientes puede haber estado relacionado con un punto de referencia subjetivo. Los pacientes pudieran haber valorado inicialmente como menos intenso el dolor inducido por comparación con su dolor clínico presente. El otro grupo de sujetos no poseía tal punto de referencia y pudiera haber respondido inicialmente a la novedad del estímulo. A razón de la diferencia en la respuesta inicial y puesto que los valores de tolerancia eran parecidos, resultaron curvas de crecimiento de diferente conformación.

### ESTIMACIONES CUALITATIVAS

El más conocido de los procedimientos incluidos en este grupo es el Cuestionario de Dolor de McGill ("McGill Pain Questionnaire" o MPQ), elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill en 1971.

El supuesto en que se basa y que llevó a su elaboración es el hecho, desde siempre bien conocido en la práctica médica, de que los pacientes describen sus dolores de una forma muy característica y diferenciada en correspondencia a los distintos cuadros, de tal suerte que muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor de signos patognomónicos y son fundamentales para la elaboración del diagnóstico. A pesar de esta incuestionable validez, resulta sorprendente - para los autores citados y cualquier persona sensata - que esta rica fuente de información no haya sido recogida ni atendida en estudios sistemáticos sobre el dolor, habiéndose preferido el dato más cómodo de computar pero mucho menos pertinente de la intensidad.

El que el dolor se describa por ilustración ("Conocemos el dolor por experiencia pero se describe por ilustración" Sir Thomas Lewis, citado por A. Arias Alvarez) no invalida el uso de términos que lo connotan como fuente de información, ya que las descripciones del tipo de "Como si...", es decir, aludiendo o usando objetos referenciales, son propias de la comunicación eficaz en relación con cualquier tipo de información sensorial.

Según describen Melzack y Torgerson (1971), el MPQ se inspira en los trabajos pioneros de Titchener (1920) y, sobre todo, de Dallenbach (1939), el cual elaboró una lista de 44 palabras que describían cualidades de dolor, clasificándolas en cinco grupos, cada uno de los cuales caracterizaba uno de los siguientes aspectos: el curso temporal, la distribución espacial, la fusión o integración con presión, el colorido afectivo y los atributos puramente cualitativos.

A partir de la lista de Dallenbach, y completándola con palabras obtenidas a partir de la literatura clínica relativa al dolor, Melzack y Torgerson (1971) llegaron a elaborar una lista de 102 términos que, presentados en orden alfabético, fueron clasificados según la afinidad o sinonimia y los niveles de intensidad por pacientes, médicos y personal sanitario y estudiantes. La lista definitiva consta de 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, cada uno de los cuales está compuesto por 2 a 6 términos, dispuestos en orden de intensidad.

A su vez, los grupos de calificadores se engloban en tres grandes categorías correspondientes a las que los autores consideran como las dimensiones definitorias del dolor:

- 1) DIMENSION SENSORIAL ( grupos 1 - 10 ): descripciones en términos de cualidades temporales, espaciales, térmicas y de presión.

- 2) DIMENSION AFECTIVO-MOTIVACIONAL ( grupos 11 - 15 ) : descripciones en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos.
- 3) DIMENSION EVALUATIVA ( grupo 16 ) : descripción en términos de valoración global.

A estas categorías, se añadió una cuarta, denominada MISCELANEA (grupos 17 a 20 ), correspondiente a descripciones poco usuales pero específicas de algunos cuadros como, por ejemplo, el dolor dentario.

Los pacientes tienen que elegir la palabra que mejor refleja su dolor actual. Sólo pueden elegir una palabra de cada grupo, pero pueden omitir grupos si consideran que los términos en ellos contenidos no son pertinentes a su caso. La prueba, según aconseja Melzack (1975), es de administración oral y la persona que la administra tiene que leer las instrucciones y los términos de cada grupo en voz alta, asegurándose que el paciente entiende en qué consiste la prueba y de que tiene que elegir sólo los términos que describan su dolor actual.

Los datos que se pueden obtener a partir de este cuestionario son los siguientes:

- 1) Índice de valoración del dolor ("Pain Rating Index"), basado en los valores escalares de los términos elegidos. Este índice, así como los dos siguientes, se calcula para cada dimensión y para el total.

- 2) Índice de valoración del dolor, basado en el valor ordinal de las palabras elegidas.
- 3) Número de palabras elegidas.
- 4) Intensidad del dolor actual: la combinación número-palabra elegida en la escala de cinco puntos, que se ha reproducido anteriormente.

El primer índice se sólo se usó en los estudios iniciales, puesto que se observó que la información que proporcionaba era equivalente a la del segundo, mucho más simple de computar.

Además de estos datos, el MPQ incluye unas siluetas para indicar, mediante el trazo o el sombreado, la localización del dolor y términos que describen otras propiedades temporales. (Continuo, intermitente o esporádico).

Como se ha visto, el MPQ ofrece también información cuantitativa que puede ser tratada estadísticamente. Normalmente es ésta información la que se utiliza para alabar los perfiles de los diversos cuadros de dolor. Por ejemplo, Melzack (1975) obtiene valores diferenciados en los índices de intensidad del dolor presente, número de palabras elegidas y de valoración del dolor en las tres dimensiones, comparando cuadros como dolor menstrual, artritis, cáncer, dolor bajo lumbar, post-herpético y en el miembro fantasma.

Sin embargo, varios autores, y, entre ellos, sobre todo Crockett, Prkachin y Craig (1977) ponen en guardia sobre los posibles peligros de utilizar estos índices globales, pues plantean el riesgo de ignorar matizaciones o diferencias sutiles entre los datos de cada grupo.

En otro estudio, Dubuisson y Melzack (1976) sometieron a análisis discriminante los datos obtenidos en el MPQ por las categorías de pacientes citadas y hallaron que "cada tipo de dolor ocupaba una diferente región en el espacio multidimensional derivado de las descripciones del dolor." Asimismo, "ulteriores análisis estadísticos pusieron de manifiesto que las diferencias entre las constelaciones de términos para los distintos síndromes eran estadísticamente significativas, y los perfiles obtenidos distinguían entre los siete grupos de pacientes con una eficiencia del 77 %." La validez discriminante de este instrumento fue también puesta de manifiesto por estudios realizados por Buren y Kleinknecht (1979) comparando dolores pélvicos agudos y crónicos.

Una posible indicación de uso del MPQ es como elemento de puente entre la situación clínica y la situación experimental. Como sugiere Keplac (1983), medidas del tipo del MPQ pueden permitir la delineación de dimensiones a lo largo de las cuales pueden agruparse los fenómenos del dolor, una tipología útil y válida a lo largo de diversos ámbitos situacionales. Crockett y col (1977) y Keplac y cols. (1981), sugieren que uno de los criterios para considerar semejantes o comparables estas dos situaciones podría consistir en producir en el laboratorio

tipos de dolor cuyo perfil en el MPQ fuera análogo o comparable a los propios de los diversos cuadros de dolor clínico.

El mismo Keplac (1981), en el trabajo citado, ofrece un ejemplo muy bonito de validación de este instrumento en situación experimental y los resultados obtenidos fueron prometedores en el sentido que se ha indicado. El umbral de dolor en cuanto a estimulación se asoció con puntuaciones más bajas que los valores estimulares de tolerancia en dos de las tres medidas globales de intensidad (el índice de valoración del dolor y la intensidad del dolor presente) y en tres de las cuatro subescalas. No varió el número de palabras elegidas (que tampoco varió en estudios de Melzack sobre el efecto de procedimientos analgésicos, sugiriendo la posible interpretación de que los pacientes tienden a elegir términos que denotan una menor intensidad pero no a dejar de elegir una palabra dentro de un determinado grupo). Por otra parte se apreciaron diferencias en todos los índices o puntuaciones del MPQ en relación con el tipo de procedimiento algésico utilizado. En esta experiencia se emplearon dos tipos de procedimientos: la estimulación por criopresión ("cold pressor test") y la estimulación de la pulpa dental. Con el primero se obtuvieron sistemáticamente puntuaciones más elevadas, en todas las dimensiones.

Asimismo el MPQ se ha mostrado sensible a los cambios producidos por maniobras o procedimientos analgésicos, y de utilidad para la evaluación de los efectos de estas intervenciones, tanto farmacológicas como de otros tipos (Melzack y Perry, 1975, Melzack, 1976, Jeans, 1978, Gracely, 1978).

### OTRAS ESCALAS DE CALIFICADORES VERBALES

Si bien la más utilizada de estas escalas es el MPQ, a lo largo del tiempo han ido surgiendo otros procedimientos de estudio cualitativo del dolor, basados en los mismos presupuestos y principios. Las más conocidas son la Escala de Clasificación del dolor bajo lumbar de Leavitt (1980), el Perfil de Percepción del Dolor de Tursky (1976), y el procedimiento utilizado por Reading (1978) consistente en presentar algunos de los términos del MPQ en pares, teniendo el paciente que realizar una elección forzosa en cada par.

### MEDIDAS BASADAS EN EL AUTORREGISTRO

Una primera aproximación al estudio directo del comportamiento en las circunstancias naturales del paciente con dolor crónico se basa en la aplicación de los procedimientos o técnicas de autorregistro. En este caso es el propio paciente el que observa directamente su comportamiento y lo registra o anota en el más breve espacio de tiempo posible tras su emisión. Es habitual que esto se lleve a cabo durante varios días, para permitir hallar un patrón lo más estable posible del comportamiento o comportamientos a observar y, ulteriormente, a tratar.

Como se ha dicho, este tipo de procedimientos no constituye exactamente una contraposición al autoinforme sino que lo complementa. Respecto éste suele presentar la ventaja de que la información obtenida depende en menor grado de los procesos de construcción típicos de la memorización, en virtud de los cuales, más que lo que pasó, se explica lo que, por la lógica de las cosas, debió pasar y la posible interferencia debida al hecho de que el paciente explica no simplemente los hechos, sino las conclusiones casi diagnósticas a las cuales ha llegado (por ejemplo, relata que SIEMPRE le duele a media mañana cuando el razonamiento que sigue o la información en que se basa es que es a media mañana cuando va a hacer la compra y esto implica llevar pesos, por lo tanto le TIENE que doler).

Comparándola con la obtenida en entrevistas (autoinforme) la información de un autorregistro es más abundante, está por lo menos numéricamente en una relación más directa con los hechos referidos y son menores también los problemas relativos a los aspectos cuantitativos en los errores de memorización (omisiones o tendencia a referir los hechos correctamente pero en momentos no respondientes a la realidad). Este último aspecto puede alterar las frecuencias relativas de hechos referidos, generalmente en el sentido de incluir incorrectamente un hecho en un periodo, que a raíz de ello aparece erróneamente "inflacionado" (Verbrugge, 1980).

Por otra parte, la observación directa, incluso como auto-observación, es lo que más probablemente permite establecer las relaciones funcionales que vinculan determinados comportamientos a los hechos o cambios ambientales.

Los procedimientos de autorregistro son muchas veces preferibles a la observación directa efectuada por personal especialmente entrenado, en primer lugar, porque muchas veces hay que registrar fenómenos en parte o totalmente accesibles sólo al propio interesado, como es el caso de la evaluación o estimación de la intensidad del dolor. En segundo lugar, es a menudo imposible trasladarse durante un periodo prolongado al ambiente natural del paciente y observar su comportamiento de una forma que sea poco interferidora. Esto suele llevarse a cabo, de manera muy conveniente, dentro del ambiente hospitalario pero, en este caso, se observa el comportamiento del paciente fuera de su contexto habitual. Por estas razones, la

observación directa en el ambiente institucional se suele realizar sobre todo con fines de establecer el grado de confianza y exactitud de los registros del paciente o bien para recoger información sobre aspectos directamente vinculados a las situación de tratamiento.

#### CRITERIOS A SEGUIR EN LA APLICACION DE PROCEDIMIENTOS DE AUTORREGISTRO.

Según Nelson (1977), la información obtenida mediante procedimientos de autorregistro será tanto más buena ( en el sentido de que oriente mejor hacia la definición del problema del paciente y la línea a seguir en el tratamiento ) cuanto más se tengan en cuenta los siguientes criterios.

En primer lugar, el comportamiento o comportamientos a observar tienen que ser fácilmente discriminables y , por lo tanto, estar claramente definidos. Dicho en términos más generales, han de estar formulados de tal forma que el paciente y el terapeuta compartan la misma información y haya garantía de que se están refiriendo a lo mismo. Por muy sofisticado que sea el procedimiento de registro, por muy dispuesto que esté el paciente a colaborar, los datos obtenidos serán malos si se le ofrecen descripciones muy generales de lo que se supone que debe registrar.

Incluso en los casos en los que no hay más remedio que utilizar términos muy vagos, como ocurre en muchos registros de tipo cognitivo, el mismo Mahoney (1977) recomienda delimitar el campo y convenir con el paciente sobre algunos indicadores específicos que puedan servir de base para el registro. En este sentido, las categorías de Brudzinsky (1973) para connotar cada número en un registro de estimación de la intensidad del dolor son un ejemplo especialmente afortunado e ilustrativo.

En segundo lugar, lo que se observa y la forma en que se observa han de poder ofrecer información pertinente sobre el problema y sobre los cambios que se produzcan a lo largo de tratamiento. Asimismo, y como el citado Mahoney (1977) apunta, no hay que basarse en un registro excesivamente cerrado y permitir o dar pie a que el paciente aporte información complementaria que pueda cualificar y contextualizar mejor datos recogidos.

En tercer lugar, el procedimiento de autorregistro ha de ser fácil de aplicar y causar una mínima interferencia en las normales actividades del paciente. Como se ha dicho, la mayoría de registros de este tipo han de realizarse durante varios días: en este caso, la dificultad puede ser causa de no cumplimiento o de cumplimiento descuidado (por ejemplo, rellenar retrospectivamente los datos correspondientes a varios días).

En cuarto lugar, se han de poder aplicar procedimientos para contrastar la fiabilidad y la precisión de los registros efectuados. Esto no siempre es posible, sobre todo cuando se trata de registrar instancias de fenómenos a los cuales sólo tiene acceso el propio paciente, pero es algo a tener en cuenta, por ejemplo, para complementar esta información con autorregistro de fenómenos concurrentes o relacionados, que sí permitan verificar la fiabilidad de los registros del paciente.

Uno de los inconvenientes del autorregistro consiste en la posible reactividad, es decir la tendencia por parte de la persona que lo efectúa a cambiar su comportamiento durante el periodo de registro. Esto no siempre es un inconveniente, puesto que se utiliza en ocasiones con fines terapéuticos. Se ha observado, por ejemplo, que el autorregistro es un procedimiento que favorece el cumplimiento de instrucciones médicas. De todas formas, existen procedimientos para disminuir, cuando interese, esta posibilidad. Por ejemplo, los trabajos de Hayes y Cavior (1977) han puesto de manifiesto que la reactividad disminuye cuando se registran dos o tres comportamientos o hechos, en lugar de uno solo.

El método de registro dependerá también del tipos o tipos de fenómenos a observar. Cuando se trate de comportamientos puntuales, en los cuales es fácil determinar cuándo comienzan y cuándo acaban, el método consistirá en un registro de instancias o frecuencia y/o de duración. En los casos de fenómenos no puntuales, sobre todo cuando la variación se produce en un reducido número de dimensiones (por ejemplo, la

evolución de la intensidad a lo largo del día en la estimación del dolor), el método de elección es un sistema de muestreo del tiempo, a intervalos más o menos largos, fijos o aleatorios.

La frecuencia con la cual se realiza el registro es, junto con la definición del comportamiento a registrar, el aspecto más importante y más delicado de determinar: es un punto en el cual hay que encontrar un compromiso entre los intereses del terapeuta y los del cliente. Por una parte, en los estudios sobre el dolor suele ser interesante disponer de un registro lo más frecuente posible (por ejemplo, cada hora) de los fenómenos observados, con la finalidad de apreciar los cambios o la evolución de la forma más sutil y afinada posible. Por otra, un registro demasiado frecuente es siempre muy perturbador y, por consiguiente, el coste de respuesta, muy elevado. No sólo un registro de este tipo puede interferir seriamente con las actividades normales del paciente sino que tampoco interesa, en muchos casos, que éste esté pendiente del fenómeno a registrar de una forma anormal o muy distinta de lo que le es habitual. Por estas razones, en el presente trabajo se ha preferido un registro con muestreo del tiempo vinculado a situaciones muy concretas u orientativas y se ha reducido la frecuencia a seis anotaciones al día.

Mahoney (1977) ofrece unas sugerencias muy válidas en cuanto a la secuencia a seguir en la aplicación de este procedimiento. Puesto que son las que se han seguido en este trabajo y por su interés se reproducen a continuación, en sus propias palabras.

- 1) Ofrecer definiciones y ejemplos explícitos de los hechos a registrar y explicar en qué sentido son pertinentes al problema que presenta el paciente.
- 2) Dar instrucciones de autorregistro explícitas, es decir indicar exactamente cómo registrar.
- 3) Presentar un modelo de autorregistro en la hoja correspondiente.
- 4) Pedir al cliente que repita las definiciones de los comportamientos a observar y de las instrucciones de registro.
- 5) Comprobar la comprensión mediante ensayo de registro de ejemplos descritos por el terapeuta.

A estas sugerencias, otros autores, por ejemplo, Barlow (1976), añaden la necesidad de proporcionar "feedback" al paciente sobre cómo ha recogido la información y la utilidad de la misma (a menudo incluso mediante la presentación al paciente y comentario con él de las gráficas obtenidas) y, siempre que esto sea posible, tenerle al corriente de que se va a controlar la exactitud de su autorregistro.

## FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA EXACTITUD DEL AUTORREGISTRO.

Además de la reactividad, existen numerosas condiciones generales que pueden comprometer la exactitud y la calidad de la información recogida mediante el autorregistro. En realidad, se trata de factores que pueden intervenir negativamente en cualquier modalidad de autoinforme, pero esta influencia es más grave cuanto más se dependa de la exactitud de la información recogida, como sucede precisamente, en la evaluación conductual basada en la observación directa, en este caso, en la auto-observación.

Por otra parte, como señala Kremer (1983), es importante tener en cuenta estos factores ya que muchos de los estudios que evalúan los resultados de tratamientos, conductuales o no, en el dolor crónico se basan en el autorregistro o en el autoinforme. El no tener controlados o no reconocer estos posibles aspectos interferidores puede dar lugar a que se considere como un resultado positivo lo que no es más que la consecuencia de haber solucionado los problemas que afectaban la exactitud del autoinforme y, más concretamente, la tendencia de los pacientes a presentar valores o estimaciones por debajo de la realidad.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el comportamiento de llevar un registro también puede estar bajo el control de otros factores, además de aquello que se tiene que observar. En un trabajo realizado por Kremer y col. (1981), se contrastó un registro efectuado por pacientes con dolor crónico hospitalizados con uno efectuado por personal del hospital (enfermeros y psicólogos). Los elementos a registrar consistían en el tiempo transcurrido sentados, tumbados, de

pie o andando, la presencia o no de visitas y una estimación de la intensidad del dolor. Se comprobó que los pacientes referían sistemáticamente valores menores en el primer ámbito (respecto al tiempo que permanecían levantados) y también algo menores, pero no estadísticamente significativos, en cuanto a los contactos sociales.

Hay que tener en cuenta, de todas formas, que el tipo de registro no era exactamente igual en un caso que en el otro, por cuanto los pacientes realizaban una observación continua y un registro cada hora mientras que el personal del centro realizaba una observación y un registro de muestreo del tiempo. Por otra parte, en estos estudios en los que se comparan los datos obtenidos por distintas personas, como apunta Nelson (1977), se confunde muchas veces la comprobación de la precisión con una medida de fiabilidad entre observadores.

Un trabajo más válido es el de Sanders (1980) también en el cual se puso de manifiesto la tendencia de los pacientes a referir unos valores menores de tiempo transcurrido levantados y activos de lo que ocurría en realidad. El sistema de comparación era un dispositivo que el paciente llevaba encima y que se activaba cada vez que estaba de pie o caminando y cuya finalidad el paciente ignoraba. Es curioso observar, de todas formas, que este mismo error de registro, aunque en un grado menor, era cometido por personas de los dos grupos utilizados como controles: pacientes psiquiátricos sin dolor y personal del hospital.

Un segundo factor distorsionador también tiene que ver con las características reactivas y funcionales del propio comportamiento de registrar o informar. Este también está bajo el control de la situación general y puede variar en función de la misma. A este respecto, Ignelzi (1980) observó que muchos pacientes con dolor crónico tienden a ofrecer unos mayores valores de estimación de la intensidad del dolor cuando informan a un neurocirujano que a un psiquiatra o psicólogo.

En un trabajo realizado por Block y col. (1980), durante la realización de la historia clínica, se pedía al paciente que indicara, cada diez minutos, la intensidad estimada de su dolor en ese momento, en una escala numérica. Supuestamente, una mitad de la entrevista era observada por el cónyuge a través de un cristal espía y la otra mitad, por algún miembro del personal de la clínica. En la información que se daba al paciente, el orden de la presencia de estos observadores era rotado, para evitar sumar efectos temporales a los de las variables a estudiar. Se observó que, en los casos de cónyuge muy responsivo a los comportamientos indicativos de dolor del paciente, las estimaciones aumentaban sistemáticamente cuando el paciente creía que estaba siendo observado por él. Este dato es especialmente significativo, ya que la respuesta que daba el paciente no era susceptible de ser captada por un oyenter, ya que simplemente consistía en rodear un número.

Ya se comentó en su lugar el de que una de las posibles ventajas del autorregistro respecto al autoinforme o, por lo menos, uno de los factores diferenciales a tener en cuenta es el hecho de que la

información se recoge inmediatamente después de producirse el comportamiento y en el ambiente natural en que se produce. En el autoinforme, en cambio, la situación en que se elabora y se presenta la información está constituida por el ambiente clínico y sus peculiares formas y procedimientos para suscitar dicha información. Todos los estudios sobre la influencia en la información recogida del contexto y las expectativas de respuesta, así como de la forma de entrevistar del personal clínico, son pertinentes en este sentido y pueden constituir otros tanto factores que determinen la reactividad, no ya del comportamiento referido, sino del comportamiento de referir.

Por último, Kremer (1983) pone en guardia sobre los efectos de la medicación, no tanto, de una manera directa, sobre el informe sino sobre los mecanismos de discriminación necesarios para efectuarlo. El uso y el abuso de narcóticos, de tranquilizantes, sobre todo del tipo de las benzodiazepinas y, a menudo, del alcohol, son factores a tener en cuenta, por las posibles interferencias sobre la discriminación de los hechos o fenómenos a registrar o sobre los cuales se informa. Pero, además, como ha mostrado Overton (1971), pueden ser responsables de que se cree una situación de diferente control de estímulos entre antes y después de la desintoxicación, en virtud de los mecanismos de "aprendizaje dependiente del estado" ("state dependent learning").

La consideración de los factores indicados, no invalida ciertamente la utilidad del autoinforme ni del autorregistro. Simplemente, hace necesario que tales factores sean tenidos en cuenta y sus efectos deformadores de la información sean controlados o neutralizados

mediante los procedimientos oportunos. La tecnología de la evaluación conductual cuenta con múltiples recursos para ello. En los casos en los cuales se sospeche que el paciente no es cumplidor, por ejemplo, un procedimiento para evitar que se rellenen acumulativamente y al mismo tiempo las hojas correspondientes a varios días consiste en hacer que las entregue a diario. Otro procedimiento, aconsejado por Thompson y Collins (1979), consiste en pedir al paciente que exponga la hoja de registro en un lugar visible de la casa, de forma que los familiares sean los que se encarguen de supervisar que el registro se realice en los momentos adecuados.

En líneas generales, el objetivo consiste en la confirmación o validación de la información obtenida mediante el autorregistro con información obtenida a través de otros mecanismos, el principal de los cuales es la observación directa y, de un modo más general, mediante el uso sistemático de diversos procedimientos para recoger información sobre las mismas variables.

Los procedimientos de autorregistro en el estudio del dolor crónico en la clínica se han utilizado principalmente para recoger información sobre dos aspectos: la evolución temporal en la estimación de la intensidad del dolor (diarios de dolor) y el nivel de actividad. A continuación se describe cada uno de estos procedimientos y la información que de ellos se deriva.

## EL DIARIO DE DOLOR

El diario de dolor es un instrumento de autorregistro mediante el cual el paciente proporciona información sobre algunas de las características consideradas pertinentes de su dolor y otros fenómenos concomitantes. Habitualmente, el registro se efectúa durante varios días (de una semana hasta un mes) al inicio, durante y después del tratamiento. Asimismo, este instrumento suele ser utilizado como uno de los indicadores de la eficacia del tratamiento en estudios de seguimiento.

### INFORMACION RECOGIDA

La información recogida más frecuentemente con este procedimiento es una estimación de la intensidad del dolor. Esta puede referirse al promedio para el periodo de registro (Graham y cols. 1980), a cada episodio registrado, al episodio de mayor intensidad o al momento de efectuar el registro. Otros aspectos registrados consisten en la duración del episodio de dolor, los medicamentos ingeridos (dosis y forma de presentación), y el tipo de actividad realizada (específica o en términos de la posición implicada).

El procedimiento de estimación se basa en las escalas conocidas: verbales o descriptivas simples, numéricas, analógicas visuales o gráficas. A su vez, los intervalos de las escalas pueden oscilar entre 100, 10, 5 y 3 valores o puntos o bien ésta pueden ser continuas, como es el caso de la analógica visual.

#### TIPOS DE REGISTROS

El tipo de procedimiento de registro es, en algunos casos, de instancias aisladas (por ejemplo, para el estudio de ciertas cefaleas) y en ellos el paciente indica las características de cada episodio. Pero lo más frecuente en los dolores crónicos es que no se trate de un cuadro de episodios puntuales y bien definidos. De aquí que se suelen utilizar registros periódicos según procedimientos de muestreo del tiempo.

En estos casos, los intervalos entre observaciones o entre los momentos de registro pueden ser aleatorios, requiriendo el uso de aparatos indicadores, o, como es más habitual, fijos, de una amplitud que oscila entre una semana, un día, cuatro horas, dos horas o cada hora. Otras formas de muestreo del tiempo, se basan en la realización de los registros en momentos establecidos (por ejemplo, a las horas de las comidas) o bien durante la realización de determinadas actividades, (por ejemplo, después de ejercicio físico o al cabo de un cuarto de hora de estar sentado o de pie) (Tursky y cols. 1982).

## TIPOS DE DIARIOS DE DOLOR

El formato de diario de dolor que ha tenido mayor difusión es el introducido por W.E. Fordyce y utilizado en la Clínica de Dolor de la Universidad de Washington y otras muchas instituciones afines, incluso no dentro de la línea operante, como es el caso del grupo de Sternbach (1974). Este diario es del tipo de muestreo del tiempo (aconsejándose a los pacientes que lo rellenen al final del día) y en él el paciente ha de indicar, durante quince días y para cada hora del día los siguientes elementos de información:

- (\*) actividad principal realizada y duración de la misma, redondeada al cuarto de hora
- (\*) posición adoptada (echado o tumbado, sentado, de pie, andando)
- (\*) estimación de la intensidad del dolor en una escala de cero a diez
- (\*) tipo y dosis de medicamento ingerido.

En España, Saldaña (1982) en su estudio sobre cefaleas tensionales, ha empleado este tipo de registro, realizado durante un periodo de una semana y utilizando, para la estimación de la intensidad del dolor, una escala de cero a cinco, en la cual, como se ha dicho, cada valor está cualificado por una definición objetiva y vinculado a hechos susceptibles de ser observados (Budzynski y cols. 1973).

Corley y Zlutnick (1981), en su "Pain Evaluation Data System" o PEDS, recogen una información muy similar al diario de dolor de Fordyce, a la cual se añaden datos, también horarios y también en una escala de cero a cinco, sobre el humor o estado de ánimo ("mood").

Un diferente tipo de formato posible es el que utilizan Turk y cols. (1983). En el mismo, el paciente tiene que indicar, para cada día, una serie de informaciones, en respuestas a preguntas formuladas en el protocolo, sobre el dolor más intenso y el más leve. Los datos respecto al dolor más intenso son los siguientes: hora, dónde se encontraba el paciente en ese momento, qué estaba haciendo, quién estaba con él, cuáles eran sus sentimientos ("feelings") y pensamientos inmediatamente antes y durante el episodio, qué hizo para intentar reducir el dolor y con qué eficacia (a especificar eligiendo una sobre cinco posibilidades que el protocolo ofrece). Los datos para el dolor en su menor intensidad sólo se refieren a los primeros cuatro aspectos y, sorprendentemente, se omite, en este caso, la información sobre pensamientos y sentimientos.

Una variación, de índole conceptual, respecto a este tipo de registros se ejemplifica en el que propugnan Tursky y cols. (1982), a modo de síntesis entre los diarios conductuales y el MPQ. En el mismo, se recoge información parcelada sobre indicadores de los tres aspectos o dimensiones que, según Melzack, definen la experiencia de dolor, pero no se hace referencia a factores comportamentales propiamente dichos. En dicho registro, además de anotar, para cada episodio de dolor (en

su caso, cefaleas), la duración y la estimación numérica en una escala de cero a cien, el paciente ha de seleccionar, a partir de tres listas impresas en el mismo protocolo, un calificativo para cada una de las dimensiones de intensidad, reactividad o desagrado y sensación.

### EL INDICADOR DEL PATRON DE ACTIVIDAD

La mayoría de trabajos en el estudio del dolor crónico recogen información sobre el nivel de actividad funcional del paciente y la mayoría de tratamientos inciden sobre este ámbito. Este hecho corresponde a la conceptualización de estos cuadros en la cual el énfasis principal se establece sobre el aspecto de cronicidad y, por consiguiente, la probabilidad de que el estilo de vida del paciente haya tenido que experimentar profundas modificaciones, a raíz del proceso patológico. Los problemas de adaptación o readaptación, los cambios en los patrones o repertorios conductuales y, muchas veces, una disminución en la calidad de vida son los principales factores mantenedores a tener en cuenta en la evaluación y diagnóstico de un enfermo crónico y a contemplar en el tratamiento, si se aspira a que éste sea integral y responda a las reales necesidades del paciente.

Como indica Fordyce (1980), los programas de rehabilitación son los que, de una forma característica, se dirigen a producir cambios en las vidas de las personas incapacitadas y, por consiguiente, la medición de los resultados o de los productos del tratamiento tiene que reflejar el grado en que se han alcanzado estos objetivos. En el campo de la rehabilitación, la necesidad de medir directa y específicamente la capacidad funcional del paciente en su ambiente natural ha dado lugar a la elaboración de múltiples escalas e inventarios para el estudio de las denominadas Actividades de la Vida Diaria ("Activities of Daily Living" o ADL) (V. Iversen y cols., 1973).

Asimismo, uno de los argumentos que justifican la integración en ambientes normalizados de pacientes institucionalizados es la mejoría de la calidad de vida. Algunas de las dimensiones posibles de este concepto son, según Edgerton (1975), precisamente los patrones de actividad, junto con el grado de independencia, la autoimagen y la naturaleza y la calidad de las interacciones sociales. Con una formulación menos docta pero más gráfica y también pertinente al enfoque que aquí se sigue, el concepto de calidad de vida queda, para mí, muy bien expresado en las palabras de Adams, un fotógrafo de 74 años, tras su segundo infarto: "No hago todo lo que hacía antes pero hago todo lo que me es posible hacer actualmente." (Adams, 1982).

Además de su consideración como componente del cuadro patológico actual, el análisis del nivel de actividad funcional de un paciente se justifica a partir del modelo conceptual del estudio psicológico del dolor crónico. Como se dijo en la introducción, si en alguna categoría conceptual de la psicología encaja todo aquello que los fisiólogos entienden por dolor es dentro de los factores disposicionales, es decir, el conjunto de elementos contextuales que modulan la probabilidad de determinadas y particulares interacciones del individuo con su entorno. Por consiguiente, el estudio del dolor en psicología tiene sentido - e interés - sólo en cuanto se puedan explicar dichos factores a partir de su influencia en los repertorios comportamentales.

Tomando como referencia el Índice Conductual del Dolor (Duncan y cols., 1978), los ámbitos comportamentales para el estudio de estas influencias pueden sistematizarse de la siguiente forma:

- A) Abuso de terapias para el dolor: tanto de fármacos, como de drogas, como de servicios de asistencia médica
- B) Incapacitación funcional:
  - Niveles de actividades funcionales
  - Niveles de actividad física (ejercicio)
  - Funciones de vida personal (sueño, sexo, alimentación, etc.)

El estudio de estas esferas sería lo que proporcionaría información sobre las propiedades funcionales del dolor en cuanto conjunto de factores disposicionales y, desde una perspectiva más clínica, definiría el dolor crónico como un problema sólo en la medida en que da lugar a incapacitación en alguna esfera.

De todos los instrumentos destinados a medir el nivel de actividad funcional del paciente, el más conocido y el más sistematizado es el Indicador del Patrón de Actividad, introducido en el arsenal diagnóstico de los pacientes de rehabilitación por Brown y cols. (1980) y de dolor crónico por Fordyce y cols. (1978).

El Indicador del Patrón de Actividad (IPA) proporciona información en primer lugar, sobre el tipo de actividades funcionales que realiza habitualmente la persona en su ambiente natural y, de una manera más

específica, cuál es la forma típica en que emplea su tiempo, y, en segundo lugar, sobre las principales dimensiones de estos comportamientos, como la movilidad, el contacto social o la independencia.

Los IPA son, en realidad, una parte de un instrumento más amplio, los Indicadores de Rehabilitación, elaborado como resultado de un proyecto multidisciplinario orientado a obtener información sobre la eficacia en relación al coste de los programas de rehabilitación. El proyecto completo se basa en cuatro conjuntos de indicadores:

INDICADORES DE CAPACIDAD : los que se recogen en la exploración médica habitual.

INDICADORES DE "STATUS" : los que describen el lugar que ocupa la persona en el ambiente físico-social (situación laboral, acceso al transporte, condiciones de vivienda).

INDICADORES DEL PATRON DE ACTIVIDAD.

INDICADORES AMBIENTALES : los elementos externos a la persona que facilitan o dificultan su funcionamiento.

Estos cuatro tipos de indicadores se categorizan ulteriormente en áreas de funcionamiento. Algunas de estas áreas son: comunicación, social y tiempo libre, legal y política, trabajo y estudio, autocuidado y doméstica, rehabilitación y transporte. Así, por

ejemplo, el área dedicada al trabajo se estudia a partir de cada uno de los cuatro tipos de indicadores para reflejar las diferentes aspectos del funcionamiento en la misma: capacidades, "status", actividades y ambientes de trabajo.

Según Fordyce (1978), los items del Indicador del Patrón de Actividad, es decir, la formulación de los comportamientos que se miden o registran, se caracterizan por los aspectos que se enumeran a continuación.

En primer lugar, se basan en elementos observables del comportamiento, es decir, en aspectos en los cuales, por su misma formulación, es más fácil que haya un consenso o acuerdo entre terapeuta y paciente. Este puede discriminarlos y determinar fácilmente si se ha producido o no el fenómeno sobre el cual ha de informar o que ha de registrar. Incluso cuando el IPA se utiliza como escala de autoinforme, sus items ofrecen una gran validez y fiabilidad. Se evitan formulaciones tales como "auto-estima" o "satisfacción en el trabajo" por ser ejemplos de denominaciones de aspectos no observables del comportamiento y de carácter muy global, que fácilmente podrían dar lugar a que el marco de referencia del paciente y del terapeuta fueran distintos y, por lo tanto, la información fuera deficiente.

En segundo lugar, se centran en el comportamiento en general, no sólo el que pueda constituir un problema o la parte del funcionamiento del individuo que haya quedado afectada por el proceso invalidante o patológico. De esta forma, los datos obtenidos son susceptibles de ser

comparados con los de población sana o de pacientes con otros tipos de alteraciones o incapacitaciones. Por otra parte, ya se ha dicho que es una de las características de la evaluación conductual el buscar información no sólo de los aspectos problemáticos sino también de los que hayan quedado intactos o que representen un funcionamiento satisfactorio, entre otras razones, para orientar más adecuadamente el tratamiento global. Como recuerda Aronoff (1985), los pacientes, sobre todo de cuadros de dolor crónico, no están total y permanentemente incapacitados para cualquier actividad. El buscar y potenciar estas islas de comportamiento adecuado y eficaz es el objetivo real de la mayoría de tratamientos.

Los ítems están formulados en un lenguaje no técnico y tal que puedan ser fácilmente comprensibles para cualquier tipo de pacientes. Se refieren a actividades ordinarias y se expresan de la forma en que la gente lo hace habitualmente. Este aspecto es especialmente importante en todo tratamiento en el que - como ocurre en casi todos los de problemas crónicos - es absolutamente imprescindible asegurar la colaboración del paciente. Para ello hay que tener en cuenta muchos factores y movilizar muchos recursos, pero uno básico, indispensable, es asegurar su comprensión de lo que tiene que hacer.

La unidad de análisis y los objetivos del tratamiento son comportamientos funcionales descritos en términos que implican tanto lo que el sujeto hace (topografías) como los resultados o efectos de los mismos. En palabras de Fordyce, se trata de comportamientos significativos y complejos, no de simples gestos o movimientos. Su

realización indica de una forma inmediata y directa la aplicación de una determinada capacidad. Dicho en otras palabras, un paciente puede revelar, en la exploración física, una mejoría en la capacidad de realizar un movimiento o un conjunto de movimientos a consecuencias, por ejemplo, de un tratamiento de fisioterapia. Pero, de por sí, este dato no es indicativo de la capacidad o el funcionamiento real del sujeto en su vida de cada día.

Una cosa es poder hacer y otra integrar esta readquirida habilidad física en el conjunto de las rutinas habituales, una cosa es poder ejecutar un gesto y otra, hacerlo funcional. Y al revés, personas con una gama muy reducida de posibilidades de movimiento nos sorprenden por su capacidad de funcionar normalmente en su ambiente natural, habiendo sido capaces de movilizar recursos insospechados. Por consiguiente, la información obtenida en una exploración física es siempre una medida indirecta y probabilística de lo que el sujeto realmente hace. En cambio, la información sobre las actividades funcionales que el sujeto realiza nos da una medida directa de su capacidad y de las deficiencias específicas de su funcionamiento.

Por último, los IPA son representativos de características del sujeto susceptibles de ser modificados directamente por un programa de rehabilitación, en contraposición a la mayoría de datos demográficos, por una parte, y de las puntuaciones en tests de evaluación tradicional, por otra, tan frecuentemente usados para estudiar las diferencias entre grupos de pacientes o en los trabajos de carácter epidemiológico. Se recoge información sobre lo que va a ser el centro

de interés del tratamiento y se trata aquello sobre lo que se ha recogido información. El lenguaje concreto en el que están formulados permite articular, a partir de ellos, prescripciones específicas y evaluar directamente la eficacia y la adecuación de las medidas terapéuticas. Asimismo, basándose en la información que proporcionan, es posible conocer con mucha exactitud el cumplimiento y la observancia de las prescripciones por parte del paciente e introducir en el programa de tratamiento los ajustes oportunos.

## INFORMACION RECOGIDA.

El Indicador del Patrón de Actividad utilizado por Fordyce y dentro del Proyecto de los Indicadores de Rehabilitación recoge información sobre las siguientes categorías de comportamiento.

1. Cuidado personal. Ayudas a otros adultos.
2. Cuidado de la casa. Reparaciones.
3. Actividades domésticas.
4. Actividades de mantenimiento de la casa.
5. Contabilidad familiar.
6. Actividades relacionadas con el cuidado de los hijos.
7. Actividades personales realizadas en casa.
8. Actividades personales realizadas fuera de casa.
9. Interacciones sociales: cartas o llamadas telefónicas.
10. Interacciones: sociales o recreativas.
11. Desplazamientos relacionados con los hijos.
12. Desplazamientos relacionados con la compra o ir al banco.
13. Actividades remunerativas.
14. Estudio.
15. Descanso.
16. Otras actividades.

En primer lugar, los comportamientos específicos que corresponden a cada uno de los ítems se agrupan en las estas categorías. A continuación, para cada comportamiento, se registran las dimensiones

características, obteniéndose, de esta forma, un perfil o patrón del nivel general de actividad funcional del paciente. Las dimensiones más frecuentemente tomadas en consideración son las siguientes:

Duración.

Contacto social concurrente.

Localización: dentro o fuera de casa.

Frecuencia: variaciones o diversificación.

número de cambios.

Iniciativa.

Independencia.

#### PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACION.

El procedimiento de recogida de información sobre el patrón de actividad consiste generalmente en el autoinforme o en el autorregistro. El autoinforme tiene lugar o bien en el curso de una entrevista semiestructurada o bien mediante contestación escrita. Esta última no consiste, normalmente, en un diario libre o abierto sino que se proporciona al paciente una lista de posibles actividades, de las cuales tiene que indicar cuáles ha realizado y el tiempo dedicado a cada una. La información recogida suele referirse a lo que el paciente ha hecho en los días inmediatamente precedentes, cubriendo un periodo que oscila entre dos días y dos semanas.

En los procedimientos de autorregistro el paciente anota, al final de la jornada, las actividades realizadas durante aquel día. Sólo en casos muy especiales, habitualmente para realizar estudios sobre la validez y fiabilidad de las pruebas, se utilizan periodos de tiempo más breves, de cuatro horas, por ejemplo, e incluso de una hora y media.

Los datos recogidos pueden ser de dos tipos. Lo más típico es que se trate de registros de frecuencias, en los cuales el paciente indica, para cada día, cuáles ha realizado de la lista de actividades que se le proporciona. Los datos obtenidos se transforman en frecuencia semanal y, sobre esta base, se realizan las comparaciones entre los grupos de pacientes o se formulan las prescripciones correspondientes.

El segundo tipo de datos consiste en la especificación libre, por parte del paciente, de las principales actividades realizadas, durante unidades de tiempo de un cuarto de hora. Los datos así recogidos se traducen en ítems del Indicador del Patrón de Actividad y se calcula la frecuencia semanal y sus principales dimensiones. Asimismo, se obtiene un índice global de actividad basado en la relación entre el número de horas en que el paciente ha permanecido tumbado o durmiendo y las que ha pasado de pie, andando o sentado ("Up-time"). Normalmente, y como se ha dicho, ésta es la información que se recoge en el protocolo del Diario de Dolor.

El periodo de autorregistro oscila entre dos y quince días. Un periodo de dos días, uno de entre semana y uno de fin de semana, suele considerarse que es representativo del patrón habitual de actividades. Se ha observado una elevada fiabilidad entre los datos recogidos en dos ocasiones, a distancia de una semana tanto en categorías simples como en indicadores combinados. Así mismo, en un estudio realizado por Edmonson (1974) a lo largo de un periodo de tres semanas, no se hallaron diferencias significativas entre los patrones de actividad de la primera y la segunda semana.

Como en todo procedimiento de autorregistro o de observación directa se plantea de una forma especialmente aguda el problema de la reactividad, es decir, la probabilidad de que el paciente modifique su actividad por el mero hecho de estarla registrando y de saber que los registros van a ser recogidos y analizados por otras personas. El que se registren varias actividades a la vez ofrece, como se ha dicho, un cierto grado de seguridad respecto a este posible factor interferidor en la calidad de la información recogida.

En un estudio realizado por Stephens y cols. (1981) se compararon los datos de un autorregistro con los recogidos mediante la observación directa por profesionales entrenados. Este estudio ofrecía la particularidad de que el paciente tenía que efectuar el registro sólo de la mitad de los días en los cuales su actividad era observada directamente. No se obtuvieron diferencias significativas entre los dos conjuntos de datos, y, para los autores, ello es indicativo, no sólo de un buen grado de fiabilidad, sino también del hecho de que la

actividad del paciente no se distorsionó durante los días en que la registraba.

Abundando en este punto, hay que hacer referencia al elevado grado de acuerdo entre los datos obtenidos mediante el diario de dolor (en el que se indican, en periodos de una hora, las actividades específicas realizadas) y los informes retrospectivos sobre el tipo, la frecuencia y la duración global de cada actividad realizada. Por último, la validez del IPA queda respaldada por numerosos estudios a través de los cuales se pone de manifiesto que las modificaciones en los patrones de actividad son congruentes con lo que cabe esperar, ya sea a partir de la comparación de grupos distintos de población (por ejemplo, parapléjicos, cuadripléjicos y personas con movilidad normal o parapléjicos sin rehabilitar y parapléjicos rehabilitados) ya sea en función de los efectos del tratamiento de rehabilitación.

### MEDIDAS BASADAS EN LA OBSERVACION DIRECTA

Si el objetivo de todo tratamiento psicológico consiste en modificar comportamientos, es evidente que el tipo más válido de evaluación es el que recoge directamente información sobre el comportamiento. Como se ha dicho, cuando es posible, la observación directa realizada por personas entrenadas constituye el conjunto de procedimientos que ofrece una mejor y más pertinente información diagnóstica y sobre los aspectos a considerar en el tratamiento, siempre y cuando el muestreo de conductas a observar sea tal que ofrezca garantías de que realmente se está observando lo que define el problema de la persona o que la muestra sea representativa de su comportamiento habitual y significativo. Sólo cuando estos procedimientos no son aplicables porque se trata de comportamientos no accesibles a tal observación y, sobre todo, cuando su aplicación implica sacrificar la "naturalidad" de las circunstancias en las cuales se produce el comportamiento son preferibles otros métodos de recogida de información, por ejemplo el autorregistro.

El problema que puede plantear la observación directa es de costes. No tanto porque a veces es necesario utilizar una determinada instrumentación (por lo general, fácilmente sustituible por un lápiz y un papel) sino porque es imprescindible contar con observadores entrenados. No basta con ser competentes en la materia o en el campo del comportamiento a estudiar, sino que hay que tener competencias específicas en procedimientos de observación directa y registro

conductual.

La importancia de que las personas estén entrenadas en estos procedimientos se pone de manifiesto en un trabajo realizado en la Clínica de Dolor de la Universidad de Washington (Young, 1980) sobre la fiabilidad en las observaciones de conductas de dolor a partir de grabaciones en "Video-tape". Comparando las observaciones de terapeutas ocupacionales con años de experiencia en pacientes de dolor crónico con las de otros recién graduados y sin experiencia clínica, no se apreciaron diferencias en el número de aciertos en el primer registro y la exactitud de las observaciones mejoró en ambos grupos y en la misma proporción en la segunda exposición de las grabaciones.

La necesidad de un entrenamiento específico en técnicas de observación y registro es algo muy sabido en evaluación conductual, pero vale la pena recordarlo, dada la tendencia a confundir la experiencia clínica en un determinado tipo de problemas con la capacidad de observar objetivamente instancias de manifestaciones conductuales específicas de los mismos. Por otra parte, se verá también cómo, a pesar de su experiencia en el trato y su responsividad a determinados comportamientos del paciente, es necesario entrenar específicamente a los cónyuges para conseguir que registren adecuadamente tales comportamientos, como condición previa al aprendizaje de formas distintas de respuesta a los mismos. En cualquier caso, el entrenamiento es sencillo y breve, pero indispensable, siempre que se quieren obtener datos objetivos, reproducibles y fiables tanto en los tratamientos como en los programas de investigación

En la evaluación de los pacientes con dolor crónico, los dos ámbitos habitualmente estudiados mediante observación directa son, por una parte, las Conductas de Dolor y, por otra el Nivel Basal Conductual, en relación con el ejercicio físico.

## OBSERVACION DIRECTA DE LAS CONDUCTAS DE DOLOR

Dentro de los repertorios comportamentales considerados característicos de los pacientes con dolor crónico, reciben una especial atención las llamadas "Conductas de Dolor", expresión que no parece demasiado afortunada en castellano pero que se usa aquí como traducción directa de "Pain Behaviors", a falta de capacidad para encontrar una denominación que signifique lo mismo, sin tener que recurrir a circumlocuciones.

Como se ha dicho, se habla de "Conductas de dolor" para definir el conjunto o clase de comportamientos, de muy variada topografía, que tienen como elemento común o definitorio el hecho de ser significativos de dolor o de ser interpretados como tales por los miembros del grupo social del individuo. Estos las consideran como señales de algo y este algo es habitualmente interpretado como dolor. Se trata, pues, de repertorios comunicativos, que derivan su esencia de la respuesta o reacción de los demás miembros del grupo social. Su aprendizaje y mantenimiento dependen de la presencia y la interacción con otras personas, de la misma forma que, sin experiencia e interacción social, no habría sonrisa, sino muecas o rictus.

El interés de su estudio se justifica a partir de una serie de razones. En primer lugar, constituyen uno de los objetivos directos del tratamiento. En segundo lugar, a menudo son lo que posibilita el diagnóstico de un cuadro antes que (o junto con) los hallazgos de la

exploración física. En tercer lugar, su misma característica de conductas de comunicación y de conductas manifiestas u observables puede ser responsable de suscitar respuestas ambientales inadecuadas, que mantengan vigente un cuadro que, por lo demás, estaba ya muy resuelto a partir de un tratamiento adecuado. Por último, se trata de comportamientos generalizados o generalizables, que se producen tanto en circunstancias clínicas como en la vida real, en las condiciones naturales de la vida del paciente. Pueden constituir, por lo tanto, una válida variable dependiente en los estudios sobre las influencias ambientales, como sugieren Keefe y Block (1982), así como en el análisis de la transferencia y generalización de las ganancias obtenidas durante el tratamiento, es decir, en la evaluación real de su eficacia.

Una primera subdivisión de tales comportamientos es la que los separa en verbales y no verbales. Es una distinción interesante, por cuanto si a cualquiera resulta obvio que las quejas explícitas y articuladas son comportamientos significativos de dolor, es menos inmediata la apreciación de que los miembros del grupo social pueden reaccionar con igual inmediatez y previsibilidad cuando la comunicación se establece mediante canales no verbales, tales como los gestos o una simple detención en lo que se estaba haciendo, un ligero cambio de tono o la ingestión de un comprimido.

La distinción se puede apreciar en la clínica en el curso de la entrevista con el cónyuge. Es frecuente que a la pregunta, "¿Se queja mucho su marido (o su esposa)?", admitiendo que fuera una pregunta

lícita, suele contestar que no, de ninguna manera. Aparentemente, desde un punto de vista de topografías únicamente verbales, existirían muy pocas conductas de dolor. En cambio, cuando se formula la pregunta: "¿Cómo sabe Vd. cuándo a su esposa/marido le duele?", suele contestar prontamente enumerando toda una retahíla de comportamientos o señales de muy variada índole, pero siempre muy claros y muy informativos, a los cuales, por supuesto, se suele responder, de una forma u otra, pero siempre de un modo altamente previsible. Los mismos pacientes suelen orientar en este sentido. A la pregunta: "¿Cómo sabe su marido/esposa cuando le duele?", es frecuente que respondan cosas del tipo de: "Me lo nota en la cara", o "No lo sé, pero me lo nota", nunca: "Porque se lo digo". Es importante, pues, no considerar a las conductas de dolor como sinónimo de quejas: éstas son sólo una parte muy reducida de todas las posibles.

Utilizando una clasificación más exhaustiva, Fordyce (1976) considera cinco grandes grupos de conductas de dolor:

1. Indicadores neurovegetativos: palidez, rubor, alteraciones en el pulso o frecuencia cardíaca.
2. Indicadores no verbales: suspiros, gemidos, contracciones, adopción de posturas compensatorias, movimientos cautelosos.
3. Informes verbales de dolor, descripciones de características tales como intensidad, localización y calidades del dolor.
4. Petición de ayuda o asistencia a causa del dolor: peticiones de fármacos, de aplicación de calor, de masajes o friegas, de asistencia médica o de ser exonerados de una tarea.
5. Limitación funcional o restricción de movimientos, atribuible al dolor: guardar reposo o interrupciones momentáneas o duraderas de la actividad habitual.

Una categorización equivalente pero que yo considero más precisa y ordenada es la siguiente, formulada por Craig y Prkachin (1983), a partir de expresiones de dolor referidas en la literatura u observadas en ambientes clínicos.

CONDUCTA VOCAL

Lingüística: quejas, peticiones de ayuda, descripciones cualitativas, valoraciones, requerimientos o demandas, exclamaciones.

Vocalizaciones para-lingüísticas: llanto, gemidos, suspiros, quejidos.

EXPRESION NO VOCAL

Facial: distorsión, muecas, configuraciones específicas, tales como la que es considerada típicamente indicativa de dolor (descenso de las cejas, entrecejo fruncido, piel muy tirante alrededor de los ojos cerrados y boca entreabierta, con las comisuras de los labios desplazadas horizontalmente).

Extremidades: sobresaltos, estremecimientos, reflejos de retirada; agarrarse, sujetar una parte del cuerpo, frotarse.

Postural: posturas cautelosas, precavidas o inusuales; inactividad y reposo.

Actividad autonómica: palidez, rubor, jadeos, vómitos.

Un instrumento de observación sistematizada de los aspectos comportamentales del dolor es la AUB Pain Behavior Scale, usada en la evaluación inicial de los pacientes con dolor crónico por Richard y cols. (1982), que consta de diez ítems:

- (\*) Quejas verbales.
- (\*) Quejas no verbales: vocalizaciones.
- (\*) Tiempo que el paciente ha permanecido tumbado durante el día.
- (\*) Muecas faciales.
- (\*) Postura adoptada al estar de pie.
- (\*) Movilidad.
- (\*) Lenguaje corporal (masaje, apoyarse).
- (\*) Uso de instrumentos de apoyo (bastón, muletas, TENS).
- (\*) Movimientos.
- (\*) Medicación.

Al final del día, cada ítem es valorado con 0, 1/2 o 1 punto, según la intensidad, la frecuencia o la gravedad. Se tiene en cuenta el puntaje total por día, durante los 21 que dura la evaluación inicial.

Habitualmente, las categorías observacionales que se utilizan son más simples, de forma que se pueda llevar el registro al tiempo que se atiende al paciente. El momento más adecuado para realizar la observación suele ser durante la realización de los ejercicios físicos o las sesiones de terapia ocupacional.

El método de recogida de información suele consistir en un registro de frecuencias simple, a partir de un código de categorías preestablecido. Este tipo de registros, es posible en la medida que se trata, en general, de comportamientos puntuales o "discretos", para los cuales es relativamente fácil definir el momento de inicio y de terminación. De todas formas, como señala Ribes (1982), no es la simple frecuencia lo que, en general, constituye la dimensión significativa o más adecuada para el estudio del comportamiento humano. De aquí que se prefiera realizar la observación de forma que permita recoger información sobre la situación o los hechos concomitantes con las conductas registradas.

En las investigaciones, el procedimiento de elección consiste un registro de muestreo del tiempo, en el cual se subdivide el periodo de observación total en intervalos de medio o un minuto, por ejemplo, y se anota, para cada periodo, si se han producido las conductas en estudio. La ventaja de este procedimiento consiste en la posibilidad de calcular la fiabilidad entre observadores considerando acuerdos y desacuerdos, episodio por episodio. La persona que lleva a cabo el registro suele ser una enfermera debidamente entrenada, el fisioterapeuta o el propio terapeuta ocupacional. Cuando se trata de conductas de dolor de tipo motor, como señalan Keefe y Block (1982), su observación y registro no suelen ser mucho más complicados que una exploración médica y, muchas veces, pueden efectuarse al mismo tiempo y recoger así, al mismo tiempo, información sobre los dos ámbitos de factores.

Uno de los más completos estudios con observación directa de las conductas de dolor es el que realizaron Keefe y Block en 1982, y que se cita aquí en extenso porque, a parte del interés de sus resultados, es muy ilustrativo de los posibles trabajos a realizar en este ámbito. Dichos autores estudiaron la frecuencia de un grupo de cinco conductas de dolor de topografía motora en concomitancia o en relación con cinco tipos de posturas o movimientos: estar sentado, estar tumbado o estar de pie, en cuanto a la postura y caminar o cambiar de posición, en cuanto a los movimientos.

Las conductas de dolor estudiadas y sus correspondientes definiciones fueron las siguientes:

Movimientos protectivos: un movimiento anormalmente rígido, envarado o interrumpido, al cambiar de posición.

Apoyarse o sujetarse: una posición estacionaria, mantenida durante tres segundos por lo menos, en la cual un miembro completamente extendido sostiene una distribución anormal del peso.

Frotarse: tocar, frotar o sujetar el área de dolor afectada durante tres segundos por lo menos. Puesto que el estudio se realizó con pacientes de dolor bajo lumbar, se consideró como área afectada la zona lumbo-sacra, la cadera y la parte externa de los muslos.

Hacer muecas: una evidente expresión facial de dolor, que incluye entrecejo fruncido, ojos estrechados, labios tirantes, comisuras de los labios hacia atrás y maxilares apretados.

Suspirar: una evidente y exagerada emisión de aire, habitualmente acompañada por una elevación y posterior descenso de los hombros, con o sin hinchamiento de las mejillas.

Los resultados obtenidos confirman, en primer lugar, la impresión de la relativa independencia de estos comportamientos, incluso a pesar de pertenecer a una subclase muy limitada y de tener muchos elementos comunes en cuanto a la topografía. Su frecuencia de emisión fue diferente, siendo más numerosos los movimientos protectivos y el frotarse que el hacer muecas y suspirar y existiendo sólo en un caso correlación positiva entre ellos. Fueron más frecuentes durante la realización de movimientos que en las posiciones estacionarias y, dentro de éstas, más numerosos cuando eran prolongadas que breves.

Especialmente interesante es la elevada correlación con las evaluaciones o estimaciones de dolor, realizadas previamente a la sesión, usando una escala numérica de cero a diez. La correlación fue significativa con todas las conductas estudiadas y especialmente elevada con el total. En una prolongación del estudio se volvió a encontrar esta elevada correlación, aún cuando las estimaciones y el registro de las conductas de dolor se realizaron en momentos diferentes e independientes.

La independiencia de estos comportamientos y la validez de estas técnicas se observó ulteriormente al estudiar los efectos del tratamiento. Se produjo un descenso, concomitante con las estimaciones de dolor, en todas las conductas estudiadas, excepto el hacer muecas. Esta desaparición se circunscribió selectivamente a la situación de realización de movimientos.

Otro de los aspectos estudiados en este trabajo consistió en medir más directamente el supuesto valor informativo o indicativo de dolor de estas conductas. La medición se realizó a partir de observadores que visionaron grabaciones en "Video-tape" y evaluaron con los tres procedimientos habituales (escala verbal, numérica y analógica visual) la experiencia de dolor de estos pacientes. La correlación entre las estimaciones de los observadores y los comportamientos de dolor fue elevada para todos y mucho más para el total. Analizándolo por categorías, la correlación más alta se estableció con los movimientos protectivos, siendo menor con hacer muecas y no significativa con apoyarse o frotarse. Los autores concluyen que "el nivel total de conductas de dolor tiene un fuerte impacto en los juicios de los observadores externos respecto a cuánto dolor los pacientes experimentan. Ciertas conductas, en particular, por ejemplo, los movimientos protectivos y las expresiones faciales, parecen servir como señales más preminentes de que el individuo está experimentando dolor.

Por último, se quiso determinar hasta qué punto la información proporcionada por estas conductas es específica y discriminativa o, por el contrario, se refiere a aspectos más generales, que los pacientes con dolor crónico puedan compartir con otros grupos de población normal o patológica. Para averiguar este punto, los pacientes fueron comparados con un grupo de voluntarios sano y con uno de enfermos depresivos sin dolor. En todos los casos, los pacientes con dolor crónico presentaron claramente un mayor número de comportamientos del tipo reseñado, exceptuando sólo el de apoyarse, aspecto en el cual no se registraron diferencias significativas entre pacientes y personas sanas, pero sí entre pacientes con dolor crónicos y enfermos depresivos. Dada la gran tendencia a confundir estos dos últimos grupos y a enfatizar los puntos que tienen en común, creo que éste es un dato a destacar y que orienta sobre dónde hay que ir a buscar las características definitorias e ilustrativas de un cuadro.

La relativa independencia de las conductas de dolor entre sí tiene unas implicaciones más generales, que se relaciona con la distinción, en la cual tanto insiste Fordyce, entre lo que el individuo dice y lo que individuo hace. No se trata de "primar" ninguno de estos ámbitos o repertorios de comportamientos, sólo de considerarlos a ambas y como entidades hasta cierto punto autónomas. El que un individuo se queje menos no quiere decir, automáticamente, que es capaz de ser más activo o que requiere menos medicamentos. En un ilustrativo estudio con algunos de sus primeros pacientes, Fordyce (1980) registró simultáneamente el nivel de actividad física, medido en repeticiones de ejercicios por sesión, y las quejas verbales. Como se aprecia en la

figura 1, estos dos conjuntos de comportamientos siguieron una evolución muy distinta, en este caso, opuesta.

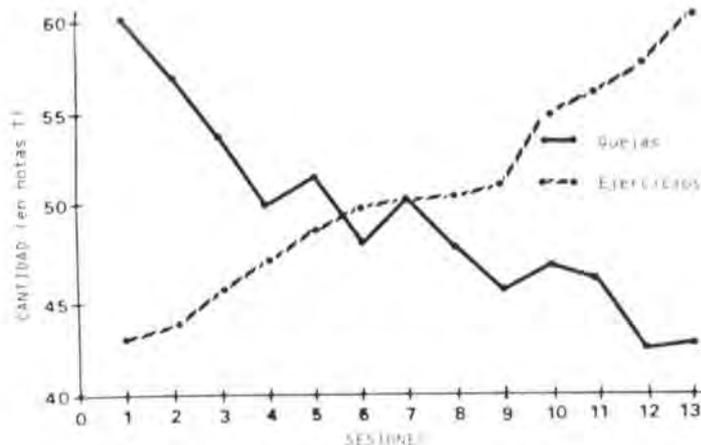


Fig. 1. - Relación entre quejas y ejercicio físico. (Roberts, 1981)

La independencia de las diversas categorías comportamentales es de fundamental importancia en el planteamiento y la evaluación de los tratamientos ya que, la tendencia a basarse sólo en lo que el paciente dice o dice que hace, pero sólo en su conducta verbal, en definitiva, puede ser causa de que los datos que se obtengan sean incompletos e insuficientemente representativos. De hecho, el último elemento en normalizarse suele ser precisamente el comportamiento verbal de quejas y es hasta cierto punto frecuente el que los pacientes estén funcionando a un nivel adaptativo perfectamente normal - por ejemplo, sin ingerir medicación analgésica o realizando una jornada de trabajo completa - y sus quejas o sus verbalizaciones de dolor se hayan modificado sólo en mínima parte (Roberts, 1981).

Si lo anterior se interpreta como una indicación de que el tratamiento ha mejorado los recursos para hacer frente al dolor pero no ha afectado el dolor mismo, se corre el riesgo de caer en una discusión bizantina sobre la conceptualización del dolor, que no creo sea muy provechosa. Considero mucho más parsimoniosa la postura de considerar que los diversos aspectos del dolor pueden tener diferentes relaciones funcionales y efectos sobre el ambiente y que, tanto en la evaluación como en el tratamiento, hay que tenerlos en cuenta todos, sin exclusiones. Entre otras razones porque, como recuerda Craig (1983), "ninguna única categoría es un índice exclusivo o invariante de la presencia o gravedad del dolor, ni existen relaciones lineares directas entre daño histórico y cualquier manifestación observable de dolor" (1983).

### NIVEL BASAL CONDUCTUAL

En un sentido lato y el más apropiado, el nivel basal conductual tendría que referirse a todos los repertorios conductuales susceptibles de ser modificados a lo largo del tratamiento. Por consiguiente, tendría que referirse tanto al ejercicio físico como a los comportamientos adaptativos complejos de la vida de cada día, que puedan estar afectados por la presencia prolongada de un cuadro de dolor y ser tratados con los procedimientos terapéuticos o rehabilitadores correspondientes :terapia ocupacional, terapia vocacional, enseñanza de habilidades sociales y de comunicación, de habilidades distractivas, etc..

De hecho, en cada uno de estos servicios, antes de empezar el tratamiento se establece una medida del nivel basal de los repertorios correspondientes, pero generalmente no es posible hacerlo con la misma precisión que en caso del ejercicio físico. Por otra parte, la rehabilitación a este nivel es el primer paso en el tratamiento, puesto que se ha de conseguir un cierto grado de resistencia y competencia muscular antes de que el paciente pueda beneficiarse de la rehabilitación a nivel, por ejemplo, de terapia ocupacional o de la realización de actividades recreativas de tiempo libre. Por estas razones, se habla aquí y en la parte destinada a la descripción de nuestro estudio, de nivel basal conductual en un sentido algo restringido, limitado a la realización de los ejercicios físicos que serán objeto posterior del tratamiento.

## CRITERIOS DE SELECCION

Los ejercicios a realizar y en los cuales se mide el nivel basal del paciente se seleccionan a partir de los siguientes criterios:

1. Tienen relación con el dolor, es decir, el dolor tiende a presentarse o a recrudecerse al cabo de unas pocas repeticiones.
2. Su realización lleva a disminuir y rehabilitar una debilidad funcional específica o contribuye a aumentar la resistencia y la capacidad física del paciente.
3. Son elementos o partes de comportamientos adaptativos complejos, que no están actualmente en el repertorio del sujeto.
4. Son susceptibles de ser cuantificados en términos de número de repeticiones o de resultados (por ejemplo, distancia recorrida) y no en términos de tiempo o duración.
5. Se tiene en cuenta lo que el paciente hará después del tratamiento y en su casa. Por lo tanto, se trata de ejercicios realizables sin necesidad de aparatos complejos ni especializados.

En pacientes con dolor lumbar es frecuente que estos ejercicios consistan en actividades de tonificación de la musculatura abdominal y paravertebral, así como andar, subir y bajar escaleras y aprender a levantar y desplazar pesos de forma adecuada y antiálgica.

Las sesiones de determinación del nivel basal se realizan una o dos veces al día, siete días a la semana. El criterio de ejecución viene dado por la tolerancia del paciente. En las instrucciones se le dice textualmente que repita cada ejercicio hasta que el dolor, el cansancio o la fatiga le obliguen o le hagan parar. La única condición es que la realización sea ininterrumpida, que empiece cuando se le indique y se detenga definitivamente cuando lo considere oportuno.

Entre ejercicio y ejercicio se dejan unos breves periodos de descanso durante los cuales se evita intercambiar comentarios sobre la ejecución del paciente. El terapeuta anota el número de repeticiones para aquel ejercicio y aquella sesión o, en el caso de desplazamiento (caminar, escaleras o bicicleta), la distancia recorrida.

Durante la realización de estos ejercicios se suele efectuar también la observación y el registro de las conductas de dolor, por lo menos de las que están relacionadas con la actividad física.

ESTUDIO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO

EVALUACION INICIAL

ESTUDIO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO  
EVALUACION INICIAL

ORIGEN DEL PRESENTE TRABAJO

El desencadenante del presente trabajo fue la preparación del tema sobre el dolor para las clases de Psicología Médica y la sorprendente comprobación de que no se trataba en absoluto de un tema fácil, ni su contenido un fenómeno sencillo. Se trataba más bien de un "rompecabezas", que se convertía en un auténtico laberinto, en su modalidad crónica.

Movida por la curiosidad y el interés en ver de cerca esta realidad tan sorprendentemente compleja y aprovechando las facilidades que me brindaba el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, dirigido por el Dr. Jaume Rotés Querol, estuve en una primera fase asistiendo a las visitas y luego visitando por mi cuenta a pacientes con dolor crónico del aparato locomotor.

Esta actividad empezó en 1981 y, durante los primeros tiempos, mi interés principal consistió en poner a punto los instrumentos que permitieran un estudio sistematizado de estos pacientes. Se ensayaron distintos tipos de protocolos de historias clínicas, empezando, como todo el mundo, con protocolos amplísimos y de ítems muy cerrados, a rellenar idealmente sólo con crucecitas, se intentó una adaptación del

Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) y se utilizó una escala analógica visual, con el propósito de medir la intensidad del dolor.

Por entonces no tenía yo especiales hipótesis de trabajo sino sólo el deseo de ver qué pasaba, de recabar información de la manera que resultara más clara y comprensible posible para mí. Mi principal problema era precisamente explicar que no tenía hipótesis de trabajo ni podía imaginar una hipótesis nula que no fuera absurda (algo así como todo es irracional y caótico, los pacientes con dolor crónico están locos y yo también): sólo me interesaba explorar y estudiar de cerca un campo que se me había revelado insospechadamente "challenging", tanto en materia de esquema conceptual como de estrategias terapéuticas derivadas.

El objetivo de recabar información que me resultara directamente comprensible fue la razón de que, desde el principio, descartara el uso de instrumentos diagnósticos tradicionales en psiquiatría o psicología: los tests de personalidad o de trastornos psiquiátricos. Eran las características del dolor lo que me interesaba estudiar y, en todo caso, intentar relacionar estas características con variables ambientales o de la historia del sujeto, definidas en términos más específicos de cómo lo haría un test psicométrico. Influyó en ello, por otra parte, el hecho de mi formación en análisis conductual y el que, desde esta óptica, si se quiere, de caja negra, la información ofrecida por instrumentos de diagnóstico tradicionales, es difícilmente "metabolizable".

El conocimiento del trabajo de Fordyce, primero a través de la bibliografía luego de forma directa, en una estancia en la Clínica de Dolor de la Universidad de Washington, me ayudaron a definir ulteriormente mis propósitos y a poner a punto un conjunto de procedimientos de recogida de información, cuyo objetivo seguía siendo ir a ver qué pasaba y, en un segundo tiempo, determinar posibles aspectos del comportamiento de los pacientes susceptibles de servir como variables dependientes en el estudio clínico o experimental del dolor crónico. Dicho de otra forma, las preguntas que me planteaba eran de este tipo: Cuando un paciente con dolor crónico mejora, ¿qué aspectos en su comportamiento cambian?, ¿cuáles son las dimensiones críticas que hacen a un paciente con dolor crónico semejante a otro?, ¿cuáles le hacen distinto?, si se quiere comparar la eficacia de dos tratamientos, ¿qué variables, moleculares y molares, hay que tener en cuenta? y, de una forma muy especial, ¿cuáles son los ámbitos pertinentes de estudio del dolor crónico?.

No son preguntas nuevas, por supuesto. Todas han sido ampliamente contestadas en numerosos trabajos tanto clínicos como experimentales. Lo que a mí me interesaba era obtener información directa y de primera mano, aunque no fuera más que para entender, contextualizar o dimensionar tales trabajos.

La experiencia realizada durante el periodo previo a mi estancia en Seattle me había llevado a modificar el protocolo de historia clínica, optando por uno más abierto, aunque estructurado, que diera pie a que el paciente pudiera ofrecer "pistas" sobre aspectos no previamente

considerados. En segundo lugar, descarté el uso de cualquier medida global de estimación de la intensidad del dolor, si bien sigo pensando que la escala analógica visual es una de las mejores, en caso que se considere útil o justificado su uso.

Por último, y tras numerosos ensayos, abandoné todo intento de usar una traducción del MPQ, por el convencimiento de que, por la misma lógica del instrumento, basado en los términos que los pacientes de una determinada cultura normalmente utilizan, lo adecuado era llevar a cabo una adaptación, lo cual quiere decir, en gran medida, rehacer en nuestra cultura el camino recorrido por Melzack y Torgenson (1971), recogiendo muestras de los calificativos y expresiones que los pacientes emplean habitualmente. En el caso de Cataluña, esto implicaría hacerlo con pacientes tanto castellano como catalanoparlantes. Es un trabajo que considero de extremada utilidad pero muy superior a las posibilidades de una sola persona. Por esta razón, como se verá en el apartado correspondiente, me limité a recoger al pie de la letra las expresiones de los pacientes al describir su dolor, tanto a nivel lumbar como en otras localizaciones.

Tras mi estancia con el Prof. Fordyce, me puse en contacto con el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, cuyos miembros se prestaron muy cordialmente a ofrecer su asesoría y la posibilidad de disponer de sus instalaciones para llevar a cabo las determinaciones de niveles basales conductuales en ejercicio físico y los posibles tratamientos, así como remitir pacientes, al igual que el Servicio de Reumatología. En ambos casos,

Las características de los pacientes se especificaron por escrito y fueron las siguientes:

REQUISITOS

1. Edad inferior a los 70 años.
2. Lumbalgias persistentes de más de seis meses.
3. Excluir los casos de radiculitis.

INDIFERENTE

1. Sexo.
5. El que se trate de lumbalgias aisladas o acompañadas de otras raquialgias.
6. El que los hallazgos clínicos y/o radiológicos justifiquen la lumbalgia.

Tras un ulterior periodo de puesta a punto de los nuevos procedimientos de recogida de información y contando ya con la asistencia de dos colaboradores voluntarios, Jordi Llinàs, alumno por entonces de la Escuela de Psicología Clínica, y Teo Casanovas, alumno por entonces de tercero de Medicina, se inició el presente trabajo, cuya descripción se refiere a los 42 pacientes que fueron estudiados más exhaustivamente.

SUJETOS

Las características generales de los sujetos se resumen a continuación.

TABLA 1

SUELOS DE PROCEDENCIA			
Reología	32	76 %	
Reilitación	6	14 %	
Tratología	2	5 %	
Ot	2	5 %	

TABLA 2

SEXO			
Hombres	15	36 %	
Mujeres	27	64 %	
Total	42		

TABLA 3

ESTADO CIVIL	Hombres		Mujeres	
	Soltero	1	7 %	1
Casado	14	93 %	23	85 %
Viudo	--	--	3	11 %

TABLA 4

LUGAR DE ORIGEN				
	Hombres		Mujeres	
Cataluña	--	--	7	26 %
Valencia	3	20 %	2	7 %
Resto de España	12	80 %	17	63 %
Extranjero	--	--	1	4 %

TABLA 5

AÑOS QUE LLEVA FUERA DE SU LUGAR DE ORIGEN				
	Hombres		Mujeres	
- 10 a.	1	7 %	4	15 %
- 20 a.	5	33 %	3	11 %
de 20 a.	6	40 %	12	44 %

TABLA 6

AÑOS DE RESIDENCIA EN CATALUÑA				
	Hombres		Mujeres	
- 10 a.	1	7 %	4	15 %
- 20 a.	6	40 %	5	19 %
de 20 a.	5	33 %	9	33 %

TABLA 7

ID				
	Hombres		Mujeres	
- 35 a.	2	13 %	5	22 %
- 50 a.	6	40 %	11	41 %
- 65 a.	6	40 %	10	37 %
de 65 a.	1	7 %	--	--
Media:		<u>49.5</u>		<u>43.</u>

TABLA 8

ESTUDIOS				
	Hombres		Mujeres	
Leer y escribir	2	13 %	2	7 %
Estudios primarios	13	87 %	17	63 %
Estudios secundarios	--	--	3	11 %
Estudios superiores	--	--	4	15 %
Estudios superiores	--	--	1	4 %

TABLA 9

PROFESION				
	Hombres		Mujeres	
Obrero no cualificado	12	80 %	5	19 %
Obrero cualificado	2	13 %	1	4 %
Administrativo	1	7 %	6	22 %
stro	--	--	2	7 %
udiante	--	--	1	4 %
pieza	--	--	6	22 %
de casa	--	--	6	22 %

TABLA 10

TIEMPO DESDE QUE NO TRABAJA FUERA DE CASA				
	Hombres		Mujeres	
ca lo ha hecho	--	--	7	26 %
ue trabajando	4	27 %	6	22 %
3 a.	6	40 %	8	30 %
6 a.	3	20 %	1	4 %
de 6 a.	2	13 %	5	19 %
Media:		<u>3.2</u>		<u>5.2</u>

TABLA 11

ANTES DE INGRESOS				
	Hombres		Mujeres	
bajo propio	4	27 %	3	11 %
bajo de familiares	--	--	16	59 %
bajo propio y de fam.	1	7 %	2	8 %
sidios laborales	5	33 %	3	11 %
y trabajo de famil.	5	33 %	3	11 %

TABLA 12

TEMPO DESDE LA INSTAURACION DEL CUADRO ACTUAL				
	Hombres		Mujeres	
menos de 1 a.	--	--	2	7 %
1 a. 3 a.	8	53 %	12	44 %
3 a. 6 a.	3	20 %	10	37 %
de 6 a.	4	27 %	3	11 %
Media:		<u>4.8</u>		<u>4</u>

### COMENTARIO DE LOS DATOS GENERALES

Como se aprecia a partir de la observación de la tablas anteriores, los pacientes procedían en su mayoría del Servicio de Reumatología. En la distribución por sexos predominaban las mujeres, en una proporción de 3 a 2. Mayoritariamente también se trataba de personas inmigradas, sobre todo de Andalucía y Extremadura, pero con una permanencia en Cataluña de muchos años, generalmente, de más de diez. En conjunto, las mujeres eran algo más jóvenes que los hombres, pero las distribuciones por grupos de edad eran equivalentes. Las mujeres, asimismo, tenían un nivel educacional y profesional algo superior al de los hombres, si bien es más apropiado decir que existía en los dos ámbitos una mayor variedad de niveles culturales y profesionales en el sexo femenino que en los pacientes del sexo masculino.

En cuanto a las fuentes de ingresos, sólo el 34 % de los hombres y el 19 % de las mujeres se mantenían o mantenían la familia total o parcialmente con su trabajo. Los demás recibían algún tipo de ayudas económicas, bajo forma o de subsidios laborales (subsidios de desempleo, invalidez provisional o definitiva) o de ingresos proporcionados por el trabajo de un familiar, generalmente, el cónyuge. En el caso de los hombres ello es debido a los problemas relacionados con la enfermedad o el dolor, en el caso de las mujeres, por lo general, ello es debido a la situación familiar, al haber dejado de trabajar por atender a la familia y a los hijos.

Este hecho se refleja en la mayor duración media del tiempo de baja laboral en las mujeres que en los hombres. En aquéllas, la baja suele producirse a raíz del matrimonio o del nacimiento del primer hijo, en los hombres, la cesación del trabajo fuera de casa suele estar más relacionado con problemas de enfermedad o de dolor.

Por último en cuanto a la duración del cuadro de dolor, en todos los casos se cumplió la condición para considerarlos crónicos, es decir, un mínimo de seis meses de tiempo desde el inicio del proceso. La duración se ha calculado a partir del momento de que el paciente explica que se instauró el cuadro actual, no cuando desde las primeras manifestaciones del mismo, ni cuando se produjo el hecho que presumiblemente desencadenó el proceso. Usando este criterio más restrictivo de lo que habitual, la duración del cuadro actual en la mayoría de los casos está por debajo de los tres años, siendo equiparable este dato, así como la distribución por periodos, en los hombres y en las mujeres.

Los tiempos de evolución del cuadro actual, de baja laboral y las edades eran muy independientes, como puede apreciarse a partir de las siguientes correlaciones, obtenidas según método de Pearson.

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>	
	Baja	Evolución	Baja	Evolución
Edad	. 51	. 19	. 10	. 29
Evolución	. 16		- . 16	

### INFORMACION RECOGIDA A PARTIR DE LA HISTORIA CLINICA

El protocolo definitivo de historia clínica está basado en el que ha utilizado N. Hendler (1981) en el Johns Hopkins Hospital, como instrumento de "screening" de pacientes. En cada apartado, se agrupan las posibles respuestas y a cada una de ellas se asigna una puntuación entre 0 y 4. Las alternativas de respuestas están enumeradas en orden de creciente puntuación. El total de puntos obtenidos, permitiría, según Hendler, definir a qué grupo puede adscribirse el problema de dolor que el paciente presenta (objetivo, exagerado, psiquiátrico) y tomar decisiones sobre la conveniencia y la respuesta esperable a una intervención quirúrgica.

En el presente trabajo, se ha utilizado este ejemplo de historia clínica porque los aspectos considerados nos parecieron satisfactorios y de un número y una longitud adecuados. En una primera versión, se recogían las alternativas de respuesta y se dejaba espacio en blanco para añadir los datos o las matizaciones sugeridas por la información que aportaban los pacientes. En una segunda fase, cambiamos la presentación, dejando sólo los epígrafes generales y un mayor espacio para la recogida de datos. En el Anexo 1 se incluye un ejemplar de la historia clínica en las dos presentaciones. A continuación, se comenta cada uno de los aspectos estudiados, relacionándolos, cuando se da el caso, con la información recogida sobre el mismo aspecto a través de otros instrumentos.

## LOCALIZACION

Ya desde las primeras historias se abandonó la pretensión de sistematizar los datos, como sugiere Hendler, según el grado de justificación ofrecida por la distribución anatómica, dadas las dificultades que ello presenta y por considerarlo un dato irrelevante para este estudio. Simplemente se anotaron las localizaciones que indicaba el paciente utilizando para ello, de entrada, sus propias palabras y solicitando ulteriores explicaciones, cuando era necesario.

En todos los casos se pedía al paciente que señalara el lugar al cual se había referido. Una alternativa a este procedimiento algo rudimentario serían los gráficos de figuras humanas como los que acompañan el MPQ, en los que el paciente ha de sombrear la parte que corresponde al lugar que le duele. Como en todos los casos, se han preferido los datos más directos y que significaran menores traducciones por parte del paciente. Por otro lado, la topografía de señalar puede ser un elemento más de información, indicativo de algunas de las características del dolor, como desde tiempo inmemorial se sabe y se utiliza en la clínica.

Como en todos los aspectos estudiados, también en este ámbito tuvimos ocasión de comprobar el esfuerzo que realizaban los pacientes para proporcionar con exactitud la información que se les requería. En sólo siete casos (el 17 %), la respuesta inicial a la pregunta "¿Dónde le

duele?", fue: "Todo el cuerpo" o algo equivalente, que se convertía rápidamente en una respuesta claramente especificada, cuando se inquiría ulteriormente. Fue éste nuestro primer contacto con algo que se debía convertir en el "leit motiv" de todo el trabajo: la observación de que los pacientes son altamente selectivos y específicos en sus constataciones y que éstas son siempre algo lógico y coherente.

Desde el punto de vista de la localización, los elementos comunes a todos los pacientes, eran, en primer lugar, la presencia de dolor lumbar, por ser uno de los requisitos y, en segundo lugar, el hecho de que esta localización en ningún caso era única. La distribución de las localizaciones se representa en la siguiente tabla.

TABLA 13

LOCALIZACIONES		
<u>Columna:</u> Toda la columna	12	29 %
Zona sacra	9	21 %
Zona dorsal	23	55 %
Zona cervical	21	50 %
<u>beza:</u> Nuca	20	48 %
Vértex	9	21 %
Frente	9	21 %
<u>Inf.:</u> Cintura	10	24 %
Cadera	12	29 %
Muslos	6	14 %
Rodillas	21	50 %
Piernas	12	29 %
Tobillos	3	7 %
Pies	4	10 %
<u>Sup.:</u> Hombros	6	14 %
Brazos	5	12 %
Codos	5	12 %
Muñecas	2	5 %
Manos	4	10 %
Dedos	3	7 %

Agrupando las localizaciones, por grandes zonas del cuerpo y según los sexos, se aprecia la siguiente distribución:

TABLA 14

LOCALIZACIONES AGRUPADAS				
	Hombres		Mujeres	
Cabeza	8	53 %	19	70 %
Miembro inferior	13	86 %	20	74 %
Miembro superior	2	13 %	12	44 %

En las anteriores tablas no se ha tenido en cuenta si la localización se refería al dolor inicial o a irradiaciones. Como comentario en este aspecto sólo se puede decir que el dolor irradiado se presentó prácticamente de una forma exclusiva en las localizaciones del miembro inferior.

Dada la insistencia de muchos autores en la importancia de la lateralización (Merskey, 1975) y la reiteración con la cual se recomienda que en el estudio experimental del dolor se aplique el estímulo en el lado no dominante, nos interesó ver qué pasaba en este sentido con nuestro pacientes. El dolor se presentaba lateralizado en 12 casos de localización lumbar y en 36 de otras localizaciones. La distribución de estos casos se presenta en la siguiente tabla:

TABLA 15

LATERALIZACION				
	L.Izquierdo		L.derecho	
Dolor lumbar	9	75 %	3	25 %
Todas las localizaciones	21	58 %	15	42 %

Se cumpliría, pues, también en nuestro caso el que cuando el dolor está lateralizado tendería a presentarse en el lado izquierdo (Merskey, 1975), aunque no de una forma especialmente pronunciada. Si esto es debido, como apuntan Merskey y Watson (1979) a un menor umbral en el lado izquierdo o a diferencias cualitativas en la capacidad del hemisferio derecho para integrar y discriminar el "input" sensorial, es una cuestión que queda abierta..

## APARICION Y EVOLUCION

Dentro de este apartado y siguiendo las posibilidades que apunta Hendler, distinguimos tres tipos de variables:

1. Aparición lenta y progresiva, en contraposición con un mecanismo de aparición brusca en el tiempo.
2. La existencia o no de un hecho identificable en el momento de la aparición del cuadro. Se consideraron ejemplos de hecho identificables tanto los acontecimientos ambientales o de la historia del individuo como factores desencadenantes típicos, tales como esfuerzos bruscos, accidentes o caídas. No se consideraron dentro de esta categoría los hallazgos médicos accidentales, a raíz de una revisión por otros cuadros. Por ejemplo, no se incluyeron hechos tales como un determinado hallazgo radiológico aparecido a raíz de un chequeo o una exploración justificada por causas distintas del dolor o del cuadro actual.
3. Presencia de exacerbaciones agudas, en contraposición a un cuadro de características constantes en tiempo y en intensidad. Se consideraron exacerbaciones agudas también los episodios de agravamiento, por ejemplo, a raíz de un trabajo determinado, que requiriera un especial esfuerzo.

La frecuencia de presentación de cada una de estas variables se indica en la siguiente tabla, en la cual, de las dos posibilidades que hay en cada caso, se reseña la más frecuente.

TABLA 16

APARICION Y EVOLUCION						
	Hombres		Mujeres		Total	
Ap. lenta y progresiva	8	53 %	22	81 %	30	71 %
No hay hecho identific.	7	47 %	17	63 %	24	57 %
Exacerbaciones agudas	15	100 %	22	81 %	37	88 %
Los tres factores juntos	6	40 %	15	56 %	21	50 %

Como se aprecia en la tabla 16, los cuadros de dolor presentados por los pacientes estudiados eran predominantemente de aparición lenta, con exacerbaciones agudas más o menos frecuentes y sin que pudiera identificarse un claro hecho que presidiera el comienzo del proceso, fuera éste de aparición brusca o lenta y progresiva.

El cuadro derivado que se da con mayor frecuencia es el que consiste en la combinación de estos tres factores. Otros patrones, enumerados en orden de frecuencia fueron: el que consistía en una aparición brusca, con exacerbaciones y sin hecho causal identificable (14 %) y el de aparición brusca con exacerbaciones y posible identificación de un hecho a la raíz del proceso (12 %). En ninguna de las otras posibles combinaciones se alcanza el 10 %, por lo que su interés en

en el caso parece despreciable.

Como hallamos, pues, frente a cuadros de confusa etiología, inicialmente el propio paciente, de evolución e instauración insidiosas que lo más claro es el momento en que el dolor - no ya aparece sino se agrava. Este conjunto de características coincide con los hallados en otros apartados, concretamente con los términos típicos del dolor más frecuentemente usados ("Sordo, de aparición agudas"), las características de la evolución a lo largo del día y la información recogida a partir del diario de dolor (dominio de curvas muy aplanadas).

En cuanto a la duración, en los datos generales se especificaba la distribución por sexos y grupos de periodos. Pero, como se indica hacia referencia sólo a la evolución a partir del momento en que se había instaurado el cuadro actual. Considerando el irremediable del proceso la distribución de los datos arrojados, unos valores distintos, como se puede apreciar a partir de la comparación de la tabla 12 con la siguiente.

TABLA 17

TIEMPO DESDE EL INICIO PRESUMIBLE DEL PROCESO				
	Hombres		Mujeres	
menos de 1 a.	--	--	--	--
1 - 3 a.	2	13 %	3	11 %
3 - 6 a.	3	20 %	3	11 %
mayor de 6 a.	10	67 %	21	78 %

La razón por la cual hemos querido separar estos dos aspectos y hemos dado importancia al segundo (tiempo de duración del cuadro actual) se basa en la inespecificidad de los primeros datos. Los mismos pacientes orientaron en este sentido, al expresarse muy reticentemente en el primer caso y con gran seguridad en el segundo. El inicio de un proceso generalmente insidioso es siempre un hecho sospechoso. Por otra parte se trata de algo muy inespecífico. Casi todo el mundo tiene un dolor de espaldas en un momento dado de su vida en relación con un esfuerzo brusco. El reconstruir la historia a posteriori y pretender que sea ése el momento de inicio del proceso a pesar de los muchos años de silencio es siempre un decisión controvertible y poco segura.

De todas formas las anteriores consideraciones pretenden sobre todo subrayar que en la consideración del tiempo de evolución de un proceso determinado es necesario especificar cuál es el punto de partida que se considera, puesto que las características de la muestra o de la población estudiada pueden ser distintas. En este caso, si se atiende al primer conjunto de datos, nos encontramos frente a unos pacientes de tiempo de evolución relativamente breve (más de la mitad no supera los 3 años). Si atendemos al segundo, se trata de un grupo de pacientes de evolución larga, puesto que al menos las dos terceras partes de los mismo presenta una evolución de más de 6 años.

Si insistimos en este hecho es, en primer lugar por la general necesidad de especificar al máximo los datos con los que se cuenta, de forma que los hallazgos puedan ser comparables. Pero hay otra razón. Uno de los pocos indicadores de buen pronóstico de los resultados obtenidos en una Clínica del dolor consiste en la duración del cuadro, siendo más favorable el pronóstico en los casos en que es más breve. (Addison, 1984 y Maruta y cols., 1980). Si esto es así, el factor tiempo de evolución empieza a tener importancia y su especificación se hace más necesaria.

### DESCRIPCION DEL DOLOR

Al analizar la información obtenida en este apartado, nos hemos alejado de la casuística establecida por Hendler, ya que nos parecía que sus agrupaciones unían aspectos diferentes e independientes, en virtud de lo que explicaban nuestros pacientes. Nos limitamos, pues a transcribir los términos que utilizaban los pacientes para describir su dolor y dedicamos otro apartado a recoger información sobre los efectos del calor o el masaje.

El primer hecho que destaca en la forma en que los pacientes describen su dolor es la parsimonia. El número de adjetivos o descriptores utilizados nunca superó la cantidad de cuatro y ésta se dió en sólo un 14 % de los casos. Este dato es de compleja interpretación. Por una parte se podría pensar en una falta de imaginación por parte de los pacientes, e incluso a consecuencias de un nivel cultural mayoritariamente bajo. Por otra, el que con estos pocos adjetivos tienen bastante para describir su dolor. De todas formas, es razonable sospechar que el número, aunque quizás no las categorías de los calificadores empleados, aumentaría si se dispusiera de un instrumento como el MPQ oportunamente adaptado al castellano o al catalán, mediante el cual se requiriera no ya una respuesta de producción libre sino de reconocimiento o identificación. El nivel y la calidad de la información obtenida se aumentarían en consecuencia.

El segundo elemento relevante en el análisis global de la información recogida en este apartado es la diferencia entre los calificativos utilizados para cada tipo o localización de dolor. Aquí se han considerado sólo los que se aplican al dolor lumbar por ser el único elemento común a todos los pacientes y por consiguiente el único que permitiera comparaciones. Sin embargo, hay que remarcar, en primer lugar, el que los pacientes especificaran en cada caso a qué tipo de dolor se estaban refiriendo y, en segundo lugar, el hecho de que utilizar para cada uno términos muy diferentes. Esta sería una evidencia más no sólo de la conveniencia de utilizar como método de estudio del dolor procedimientos cualitativos del tipo del MOQ sino y sobre todo de la estremada coherencia del comportamiento - en este caso verbal - de los pacientes.

En el Anexo 2 se incluye el conato de traducción del MPQ al castellano junto con el original inglés. Como se dijo, mi particular opinión es que es necesario hacer una adaptación de este instrumento, ya que una traducción es prácticamente imposible. De todas formas, que yo conozca, existe una traducción castellana realizada por J.L. Madrid Arias (1980) y otra, realizada en Colombia por Berrio y col. (1984).

Si bien no se ha utilizado este instrumento, sí se ha intentado agrupar los términos obtenidos según las categorías del MPQ. Esto, sin el trabajo previo de adaptación, tiene una validez cuestionable, pero se cita aquí porque esta clasificación ha resultado arrojar unos datos sorprendentemente muy semejantes a los obtenidos utilizando el MPQ en países de habla inglesa y concretamente los trabajos de Crue (1981) y

Melzack (1975).

Con la finalidad de poder apreciar mejor la información obtenida se indican a continuación los calificativos o expresiones tal como los enunciaron los pacientes y el nombre de la categoría según el MPQ en la cual, en mi opinión, podrían inscribirse.

SENSORIAL. ESPACIAL

"Un latigazo", "Un calambre", "Un calambrazo", "Como una rampa", "Una engaxada".

SENSORIAL. PRESION

"Aprieta", "Oprime", "Agarra", "Opresivo", "Opresión dolorosa", "Como algo que está aprisionado", "Como un nudo", "Agarrotat".

SENSORIAL. PRESION PUNTUAL

"Un pinchazo", "Pinchazos", "Puñalada", "Punxada", "Foradant".

SENSORIAL. PRESION CONSTRICTIVA

"Un pellizco", "Un pinzamiento", "Algo que roe", "Algo que come", "Como si me mordieran", "Un comer interno".

SENSORIAL. TERMICO

"Como si me quemaran", "Un calor".

SENSORIAL. VIVEZA

"Hormigueo", "Escozor", "Como una llaga", "Pica", "Agudo".

SENSORIAL. APAGAMIENTO

"Sordo", "Dolorido", "Dolorcillo", "Doloret", "Como si estuviera hinchado", "Lento", "Interno", "Resentido", "Como tras darse un golpe", "Dolçor", "Redolorcillo", "Sumor", "Muele, muele", "Como un peso dentro".

SENSORIAL. TRACCION

"Como si te partieran", "Como si te tiraran hacia abajo".

AFECTIVO. TENSION

"Intranquiliza", "Pone nervioso", "Me pone histérico".

EVALUATIVO

"Un dolor", "Dolor-dolor", "Normal", "Molesto", "Insoportable".

EVALUATIVO. AFECTIVO

"Terrible", "Muy malo".

En un intento de comparación, haciendo todas las reservas oportunas sobre lo precario de este agrupamiento y a fines puramente descriptivos, se indica a continuación la frecuencia con la cual cada uno de los anteriores tipos de descriptores ha aparecido en nuestro pacientes, agrupándolos según las categorías de Melzack y su aproximada y tentativa equivalencia en nuestros idiomas.

TABLA 18

GRUPOS DE CALIFICATIVOS SEGUN LAS CATEGORIAS DEL MPQ		
Apagamiento	18	43 %
Presión	14	33 %
Evaluación	9	21 %
Espacial	8	19 %
Presión puntual	8	19 %
Tensión	6	14 %
Presión constrictiva	4	10 %
Viveza	4	10 %
Térmico	3	7 %
Tracción	2	5 %
Evaluativo-afectivo	2	5 %

En la consideración de los datos precedentes destacan una serie de puntos. En primer lugar el claro predominio de característica de apagamiento del dolor experimentado. La descripción más típica y más frecuente es la de un dolor "Sordo con pinchazos intermitentes". En segundo lugar, destaca el escaso número tanto de adjetivos como de frecuencia de los mismos en las dimensiones afectiva y evaluativa. A nivel de producción espontánea, el número de términos que hiciera pensar en afectación emocional o en colorido emocional en la expresión de la experiencia es muy escaso.

La impresión general confirmaría esta observación: lo que resaltaba en los pacientes era su intento y su deseo de explicar lo más claramente posible qué era lo que les pasaba no de suministrar información sobre su padecimiento o su angustia. Dicho deseo de explicación se ve dificultado por las características de apagamiento del dolor y de sus cambios relativamente poco frecuentes a lo largo del tiempo. Esto crea una situación de difícil discriminación y por lo tanto de dificultad para encontrar el término adecuado que refleje un estado concreto y definido.

### FRECUENCIA Y EVOLUCION TEMPORAL

En este apartado también nos hemos alejado del contenido de las preguntas de la historia clínica en la cual nos hemos basado, ya que nos ha resultado imposible tener respuestas informativas respecto al tiempo global. La conclusión a la cual hemos llegado es que se trata de dos cuestiones diferentes: el número de días en los que se presenta el dolor y las de horas de cada día (típico) en los cuales experimenta dolor. De hecho, este segundo aspecto es también discutible en estos pacientes y nos atreveríamos a decir que en todos los pacientes con dolor crónico. Es muy difícil determinar cuándo tienen y cuándo no tienen dolor ya que la situación está lejos de ser dicotómica. Lo normal es que haya siempre un dolor o una molestias de fondo y que sobre esto se superpongan episodios de agudización o bien que estas molestias vayan progresivamente haciéndose más y más intensas. Dicho en otros términos, considero que más que la proporción de horas con o sin dolor, lo que cuenta es la evolución del dolor a lo largo del día y en referencia a momentos típicos.

En referencia al primer aspecto considerado, la frecuencia de días en los que aparece dolor, las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma.

TABLA 19

FRECUENCIA		
Dolor constante. Cada día.	31	74 %
Dolor casi constante. 80-50% de los días.	9	22 %
Dolor intermitente. 50-25% de los días.	2	4 %
Dolor ocasional. Menos del 25% de los días.	--	--

En cuanto a la evolución a lo largo del día, la mejor forma de estudiar este aspecto es la que se basa en el autorregistro continuado. Por esta razón se considerará al tratar la información recogida mediante el diario de dolor. Lo que se puede adelantar aquí es que las curvas obtenidas demuestran un predominio en la evolución lenta y progresiva a lo largo del día, siendo la configuración más típica la que consiste en un nivel inicial (a la hora de levantarse) generalmente elevado (mayor que cero), un incremento durante la mañana, mantenerse aproximadamente estable durante el día para descender al acostarse, por lo general sin subidas bruscas o bruscamente acusadas.

Pero también en estos casos se hizo muy evidente el deseo por parte de los pacientes de colaborar, expresarse con toda claridad y especificar. Por ejemplo, es interesante señalar a este respecto que son una minoría los pacientes que contesten a la pregunta sobre cómo evoluciona su dolor a lo largo del día diciendo que "No tiene regla fija" o que "Está siempre y es siempre igual": respectivamente un 9 y un 14 %.

### INFLUENCIAS DEL MOVIMIENTO Y LA POSICION

En este aspecto, nos ha resultado necesario subdividir los distintos apartados en modalidades diferentes. La pregunta con la cual se indagaba sobre este factor era muy abierta: "El movimiento y la posición, ¿tienen alguna influencia sobre su dolor?". Desde el principio se pudo observar que, para algunas influencias, los pacientes establecían una clara diferencia en términos de duración. El tipo de respuesta más típico era : "De entrada, me alivia, pero al cabo de un rato me duele más." Por esta razón hemos tenido que diferenciar los efectos inmediatos de los efectos a medio o largo plazo de algunos ítems, tales como andar, estar sentado y tumbarse o echarse. Los efectos de los elementos más citados y sus frecuencias se describen a continuación.

TABLA 20

INFLUENCIA DE MOVIMIENTOS Y POSICIONES						
	<u>Alivia</u>		<u>Agrava</u>		<u>No efecto</u>	
Estar de pie	--	--	22	52 %	1	2 %
Andar (inmediato)	16	38 %	5	12 %	--	--
" (tardío)	--	--	17	40 %	--	--
Echarse (inmediato)	25	60 %	3	7 %	1	2 %
" (tardío)	3	7 %	10	24 %	--	--
Sentarse (inmediato)	10	24 %	4	10 %	1	2 %
" (tardío)	3	7 %	14	33 %	--	--
Agacharse	--	-- %	14	33 %	--	--
Incorporarse	4	10 %	11	26 %	--	--
Subir y bajar escaleras	--	--	6	14 %	--	--
Llevar o levantar pesos	--	--	10	24 %	--	--

Como se puede apreciar de los anteriores datos, las informaciones sobre los factores que influyen y el tipo de influencia son, como siempre, muy específicas y permiten definir unos patrones bastante claros. Una de las primeras consideraciones que se pueden hacer es que las propias respuestas espontáneas de los pacientes orientan sobre la no malignidad sino de lo beneficioso del ejercicio, por lo menos en dosis moderadas, y lo perjudicial del reposo en dosis elevadas. Asimismo, es interesante observar lo específico de los factores señalados. Por ejemplo, el incremento de dolor al subir o bajar escaleras fue denunciado sólo por aquellos paciente que presentaban

también dolores de rodillas.

Este mismo factor se desprende de la consideración de las influencias denunciadas sólo por un número reducido de pacientes (dos como máximo, o sea, el 5%). Dentro de esta categoría de factores y dentro de la descripción de influencias atenuantes o aliviadoras, encontramos elementos tales como "Movimiento", "Cambio de posición, no brusco", "Ejercicio moderado", "Apoyarse", "Dormir" y "La relajación" como elementos más específicos y "Distraerse" o "Ir al pueblo", como elementos más inespecíficos.

En el otro apartado, de factores con influencia agravadora del dolor hallamos "Relaciones sexuales" (en la única persona que presentaba también dolores abdominales), "Leer o jugar a cartas" (en dos personas que presentaban también dolores a nivel cervical), "Cambiar de posición en la cama", "Corrientes de aire", "Barrer", "Fregar el suelo", "Llevar el carro de la compra", "Hacer las camas", y "Toser o reír", como elementos más específicos y "Preocupaciones" como elementos más inespecíficos.

Sin embargo, es dentro de este apartado donde se dió el número más elevado de respuestas inespecíficas. Ello se evidencia por el elevado porcentaje de personas que responden que los efectos del movimiento y la posición sobre su dolor son variables o bien que no hay relación (el 14 %) y de las que citan factores tan inespecíficos como "El trabajo" (el 17 %) o "El cansancio" (21 %) como factores agravadores, como primera respuesta. En todos los casos, sin embargo, cuando la

pregunta se hacía más cerrada, las personas citaban uno de los factores indicados en la Tabla 20. Esta insistencia nos pareció importante, en primer lugar para ayudar al paciente a escrutar mejor qué era lo que le pasaba, y en segundo lugar para tener una mejor información para organizar las actividades de rehabilitación.

### INFLUENCIAS DEL CLIMA

Las respuestas en este apartado fueron muy claras y orientadoras en referencia a los efectos agravadores del clima frío o húmedo o los cambios de tiempo. En cambio, fueron mucho más vagas en términos de las influencias del clima caluroso.

Las influencias de los factores citados en primer lugar no fueron nunca en el sentido de representar un alivio. Su frecuencia se indica en la siguiente tabla.

TABLA 21

INFLUENCIAS DEL CLIMA		
Frío	14	33 %
Humedad	15	36 %
Ambos	10	24 %
Los cambios de clima	14	33 %
Efecto variable	2	5 %
No tiene efectos	14	33 %

Estos datos estarían de acuerdo con la idea de las influencias ambientales que sobre el dolor del aparato locomotor ejercen los cambios climáticos, así como el frío y la humedad.

En lo que hace referencia a la influencia atenuadora de diferentes factores, los más importantes o los más frecuentemente citados que se reflejaron en la tabla siguiente.

TABLA 22

FLUENCIAS DE FACTORES FISICOS

	Alivio		No efecto	
Dolor local	22	52 %	7	17 %
Masajes o friegas	15	36 %	3	7 %
Silla o cama dura	13	31 %	--	--
Calor	10	24 %	2	5 %
Corrientes"	9	21 %	1	2 %
Manipulación	8	19 %	--	--
Compresión local	4	10 %	--	--

Como se desprende de la observación de estos datos, las influencias ambientales tienen un signo muy claro. Más que valorar la frecuencia con la que se ha citado cada factor creo que es necesario considerar la uniformidad del sentido de la influencia. Los factores climáticos del tipo de calor y humedad, cuando tienen efectos, son siempre en el sentido de

agravar o intensificar el dolor. Los factores físicos del tipo de estimulación periférica cutánea (calor local y/o friegas o masajes) o de compresión o presión local y del ejercicio físico, cuando tienen efectos, éstos son siempre en el sentido de la atenuación del dolor. Esta atenuación es generalmente de duración breve, pero muy clara. Otro aspecto a observar es que en ningún caso la atenuación producida por ejemplo por el calor local es "aprovechada" para realizar ejercicio físico u otra maniobra rehabilitadora. Siempre es buscada como algo afín a si mismo.

Como dato anecdótico cabe destacar la relativamente alta proporción de personas, en igual número hombres que mujeres, a pesar de los factores estéticos, que informan sobre los efectos atenuadores del llevar faja. En la mayoría de los casos no se trata de un corsé ortopédico sino simplemente de una ligera compresión. De todas formas, es digno de señalar el hecho de que la sustentación sea conseguida a través no de tonificación muscular sino a través de sistemas estáticos más o menos protésicos, dejando a parte el posible efecto de calor local.

MEDICACION

El tipo de fármacos utilizado se describe en la siguiente tabla.

TABLA 23

TIPOS DE FARMACOS ADMINISTRADOS		
Antiinflamatorios no esteroideos	19	45 %
" esteroideos	3	7 %
Analgésicos	19	45 %
Vitaminas	4	10 %
Benzodiazepinas	22	52 %
Sulpirida	2	5 %
Amitriptilina	4	10 %

Un primer factor a considerar en el análisis de los anteriores datos es la parsimonia con la que son medicados o se medican estos pacientes. Los antiinflamatorios son predominantemente del grupo de los no esteroideos (los tres casos de antiinflamatorios esteroideos provenían de servicios distintos al de Reumatología), y los analgésicos son predominantemente del tipo de los no-narcóticos, excepto en tres casos en que la medicación - autoadministrada - contenía codeína. Estamos muy lejos de los cuadros de hipermedicación y de intoxicación por medicamentos descritos en las clínicas del dolor, por lo menos norteamericanas.

Los pacientes parecen haber aprendido este proceder cauteloso por cuanto incluso en los casos de autoprescripción no hemos visto excesos ni siquiera en la cantidad. El máximo caso de medicación fue uno que consistió en la ingestión de cuatro comprimidos de paracetamol ("Gelocatil") en un mismo día.

El patrón de administración es el que es usual en estos casos: una primera temporada de unos quince días de medicación sistemática y, a partir de entonces, "según necesidades", o, como dicen los americanos, "pro re nata". Como sostienen Fordyce y otros autores, éste no es el mejor procedimiento de medicación en cuadros como éstos, en los cuales no hay unas claras manifestaciones de evolución en el sentido de incremento o disminución del dolor a lo largo del día y, en muchos casos, constituye un factor agravador al facilitar una hiperatención y anticipación en relación con los estados internos.

De hecho, mediante el estudio de los datos derivados del diario de dolor, y a pesar de tratarse de un instrumento mucho más fino y sensible que el autoinforme global, no nos ha sido posible detectar unos patrones claros de medicación. Los analgésicos o los antiinflamatorios eran ingeridos en un momento del día que, en general, no representaba unas características claras en cuanto a la intensidad del dolor o ni estaban claros sus efectos posteriores. Como veremos al hablar de la información recogida mediante este instrumento, de ninguna manera nos ha sido posible, por ejemplo, observar que la ingestión de medicamentos correspondía clara y

sistemáticamente a un momento en el cual se registraba una intensidad especialmente elevada del dolor o bien un incremento especialmente brusco. Así mismo tampoco nos ha sido posible observar que sistemáticamente la ingestión de medicamentos fuera seguida de una reducción neta en la intensidad del dolor registrado.

Otro aspecto a comentar dentro de los tipos y las cantidades de medicamentes ingeridos es el hecho de que el producto utilizado con mayor frecuencia en términos absolutos sean las benzodiazepinas, bajo forma de "Diacepán" o de productos de mayor efecto inductor del sueño. Incluso son el único preparado administrado en un 14 % de los casos. Su ingestión suele tener lugar en forma más sistemática que los antiinflamatorios o los analgésicos, es decir, el patrón de ingestión más frecuente es de una dosis, por ejemplo, cada día, generalmente antes de acostarse y no suele depender de las necesidades de los pacientes.

El gran uso de dichos preparados es, a mi entender, indicativo de las concepciones imperantes en el campo de los dolores crónicos, por lo menos del aparato locomotor. Por una parte, con toda lógica, se pretende normalizar el sueño de estos pacientes con ayudas relativamente poco agresivas, por otra, se pretende neutralizar la influencia de supuestos factores emocionales negativos o combatir la ansiedad que, inespecíficamente, se considera responsable en parte de las características del cuadro.

Como se verá en el apartado siguiente, los efectos beneficiosos sobre el sueño son muy relativos y limitados y éste es el único efecto sobre el cual informan los pacientes. Desde luego no informan sobre afectos atenuadores o beneficiosos en el cuadro de dolor. La impresión es que estos preparados se administran rutinariamente y que sus posibles efectos beneficiosos en los cuadros de dolor crónico - y los probables peligros, dentro de los cuales hay que citar en primer lugar la adicción - son los mismos que en una población general no afecta de estos tipos de trastornos.

Por último es interesante observar cómo a pesar de los datos y de los estudios ya muy abundantes en este sentido (Cf. Valdés, 1981), no parece haberse hecho popular la indicación en estos cuadros de los antidepresivos. Sólo en un 10 % de los pacientes estudiados se daba la prescripción de un antidepresivo, del tipo además de la amitriptilina y nunca como único preparado, dentro del grupo de los psicofármacos, sino que siempre acompañado o bien de Sulpirida o bien de Benzodiazepinas. Podría pensarse de que ello es debido a la ausencia clara de manifestaciones depresivas en este grupo de pacientes, pero no creo que ésta sea la explicación.

Dejando a parte los posibles efectos relajantes musculares de algunos preparados antidepresivos, una cuestión aún algo discutida, lo cierto es que, como se verá más adelante, las manifestaciones habitualmente etiquetadas de depresivas de ninguna manera estaban ausentes, aunque no fueran cuadros graves y típicos. Por ejemplo, los problemas del sueño y del humor, aparecen, con mayor o menor gravedad en la clara

mayoría de estos pacientes. Consideramos, pues, que la explicación de la falta de prescripciones en este sentido hay que buscarla predominantemente en un insuficiente conocimiento o en el "respeto" que inspira el manejo de estas sustancias y en la mayor familiaridad con los benzodiacepínicos.

### INFLUENCIAS SOBRE EL SUEÑO

La incidencia en los pacientes estudiados de alteraciones del sueño se especifica en la siguiente tabla.

TABLA 24

TIPOS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO		
Dificultades de conciliación	25	59 %
Despertar durante la noche	28	67 %
Sueño ligero	5	12 %
Pesadillas	11	26 %
Sueño no reparador	28	67 %
Dormir durante el día	21	50 %

Como se ve, existe una incidencia muy elevada de trastornos en el sueño de una u otra característica. En lo que hace referencia a las dificultades de conciliación y el despertar durante la noche, se han anotado sólo los casos en que estas manifestaciones aparecen por lo menos dos veces por semana.

Los factores denunciados como responsables de las dificultades de conciliación, se distribuyen de la forma que se indica en la siguiente tabla, en la cual los porcentajes están calculados sobre el total de los 25 pacientes que denuncian este problema.

TABLA 25

DIFICULTADES DE CONCILIACION		
Por el dolor	11	44 %
No por dolor, sin especificar	7	28 %
Por no encontrar posición	3	12 %
Por preocupaciones	10	40 %

Los factores denunciados como responsables del despertar en el transcurso de la noche se distribuyen como se indica en la tabla siguiente, en la cual los porcentajes están calculados sobre el total de los 28 pacientes que denuncian este problema.

TABLA 26

DESPERTAR DURANTE LA NOCHE		
Por el dolor	9	32 %
Por dolor, sin especificar	11	39 %
Por ir al W.C.	5	18 %
Por ruidos	4	14 %

El número de veces que los pacientes decían despertarse durante la noche oscilaba entre uno y cuatro, con un promedio de tres. Así mismo, se citaron dificultades para volver a conciliar el sueño en un 61 % de los casos en que se producía el despertar.

Como se ha indicado, los problemas en el sueño se revelan con una frecuencia muy elevada y, en conjunto, los pacientes estudiados denuncian una mala calidad de sueño por sus características y, sobre todo, por el elevado porcentaje de personas que denuncian la sensación de sueño poco reparador, expresada en términos de "levantarse baldado", como descripción más frecuente y muy gráfica.

Estableciendo una especie de círculo vicioso, esta mala calidad del sueño se acompaña de hábitos de sueño diurno bajo forma de prolongación durante la mañana (levantarse tarde) o bien de siestas. Este hecho, unido al escaso ejercicio físico, no representa ciertamente un elemento que permita modificar en sentido positivo las características del descanso nocturno.

En la presentación de los problemas en esta esfera el dolor juega un papel considerable pero de ninguna forma exclusivo. En las descripciones de los pacientes, su posible protagonismo es mucho más claro en lo que hace referencia a las dificultades de conciliación que en el despertar nocturno. En este último caso los propios pacientes presentan dudas en cuanto a establecer la cronología. Ellos mismos afirman que les cuesta decidir si se despiertan por el dolor o bien si empiezan a sentir dolor tras despertarse por la causa que sea. De todas formas en la tabla 26 se han registrado los datos del factor considerado responsable, enumerado en primer lugar.

En relación con los aspectos tratados en el apartado anterior sobre los tipos de medicación utilizada, la impresión que se deriva es que la eficacia de los fármacos administrados para dormir (predominantemente, benzodiazepinas) es discutible. La frecuencia de personas que ingieren fármacos de este tipo y con esta prescripción y presentan un tipo u otros de los problemas en el sueño descritos se representa en la siguiente tabla, en la cual se calculan los porcentajes sobre el total de 22 pacientes que ingieren medicamentos de este tipo.

TABLA 27

TRAST. DEL SUEÑO EN CONSUMIDORES DE BENZODIACEPINAS		
Dificultades de conciliación	14	64 %
Despertar durante la noche	14	64 %
Sueño poco reparador	15	68 %
Sueño ligero o pesadillas	14	64 %

Se derivaría de estos datos que la mayoría de pacientes que ingieren psicofármacos del grupo de las benzodiazepinas no parecen obtener efectos beneficiosos de los mismos. A pesar de ello, es frecuente el que afirmen o expresen su creencia que los problemas serían aún mayores si no recurrieran a estas sustancias, basándose en la experiencia de las pocas noches que han intentado dormirse sin recurrir a inductores. Cabría preguntarse hasta qué punto estas dificultades no son indicativas de una situación de adicción, en la

cual la autoadministración de fármacos se mantiene no por sus efectos positivos sino por los efectos negativos de su supresión.

Dado el escaso número de pacientes que los utilizaban y el hecho de que nunca fueran como única prescripción dentro del grupo de los psicofármacos, no se pueden indicar nada positivo sobre los efectos en el sueño de los antidepresivos utilizados (amitriptilina). De todas formas cabe recordar aquí que su uso se impone cada vez más en los cuadros de dolor crónico, siendo su principal indicación precisamente la presencia de trastornos en el sueño.

De especial interés para nosotros ha sido el analizar con mayor detalle los casos en los que se denunciaba sensación de sueño poco reparador, manifestada por la experiencia de levantarse doloridos o "baldados". Nos interesó ver si había alguna de las anteriores manifestaciones que más directamente se pudiera encontrar relacionada con esta situación. La distribución de frecuencias de los restantes problemas de sueño en estos pacientes se expresa en la siguiente tabla, en la cual los porcentajes han sido calculados sobre el total de 28 pacientes que denunciaban dicho síntoma.

TABLA 28

FACTORES CONCOMITANTES CON SUEÑO POCO REPARADOR		
Uso de fármacos para dormir	14	50 %
Dificultades de conciliación	18	64 %
Despertar nocturno	21	75 %
Dificultad de reconciliación	13	46 %
Sueño ligero o pesadillas	10	36 %
Sueño diurno	16	57 %

No parece, pues, haber ningún factor que destaque claramente sobre los demás en cuanto a su relación con la sensación de sueño poco reparador, (exceptuando quizás el ligero predominio de la incidencia de las interrupciones del sueño nocturno): o bien cualquiera de ellos incide de una forma equivalente o bien todos dependen a su vez de otra u otras causas. El pensar en problemas depresivos se hace especialmente tentador. De todas formas, sea cual sea la causa, lo cierto es que un porcentaje muy elevado de estos pacientes empieza el día con presencia de dolor, quebrantamiento o malestar general. Dentro de ellos, es también especialmente elevado el porcentaje de los que presentan sueño diurno, (el 76 % de los pacientes que presentan sueño diurno denuncian también sueño poco reparador) con lo cual, como decíamos, se establece y se automantiene un círculo vicioso de influencias acumulativas.

Este es uno de los aspectos en los que se evidenció una clara relación entre los datos recogidos en la historia clínica y los recogidos en el diario de dolor. En efecto, hay una neta diferencia en el índice de intensidad referida de dolor en el momento de levantarse, entre los que denuncian sueño poco reparador y los demás pacientes, siendo los valores medios de 1.4 y 0.3, respectivamente.

A ALTERACIONES DEL HUMOR

La otra categoría indicativa de trastornos depresivos, las alteraciones en sentido negativo de los estados de ánimo o del humor, también fue denunciada con considerable frecuencia por los pacientes. La frecuencia de términos que describen estas alteraciones, recogida procurando respetar al máximo las palabras usadas por los pacientes, se representa en la tabla siguiente.

TABLA 29

DESCRIPCIONES DE ALTERACION DEL HUMOR		
Tristeza fácil y frecuente	15	36 %
Falta de ánimo, falta de ganas	14	33 %
Labilidad	11	26 %
Tristeza	11	26 %
Insomnio	11	26 %
Pérdida de memoria	10	24 %
Deseos de estar solos	7	17 %
Deseos de morir	4	10 %
Fatiga, cansancio habitual	4	10 %

La frecuencia relativa del uso de estos descriptores es también interesante, como se desprende de la tabla siguiente.

TABLA 30

NUMERO DE DESCRIPTORES UTILIZADOS		
Ninguno	9	21 %
Uno o dos	15	36 %
Tres o cuatro	18	43 %

Como se desprende de los anteriores datos, sólo una quinta parte de los pacientes estudiados deja de describir alteraciones en el sentido negativo de su estado de ánimo y la mayoría describe su situación actual en este ámbito utilizando más de uno de estos términos.

Es digno de nota el hecho de que once pacientes (el 26 %) refieren también la presencia de importantes acontecimientos vitales negativos o de hechos estresantes (muerte de un familiar, despido del cónyuge, conflictos familiares o alcoholismo del cónyuge) presentes en el último año, por lo menos. De este número, siete pacientes pertenecen al 79 % que utilizan algunos de los términos indicados para describir su estado de ánimo actual y cuatro pertenecen al 21 % que no describe este parámetro en los términos señalados o, dicho en otras palabras, que no se describen como tristes, agobiados o faltos de ilusiones o ganas de hacer cosas.

INFLUENCIAS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL

Dentro de las actividades distractivas, ésta ha sido la que ha recibido en nuestro estudio una mayor atención, por su importancia y por su significación. Las influencias más significativas se describen en la siguiente tabla, en la cual los cambios son en el sentido de que las relaciones sexuales se han hecho más insatisfactorias en cuanto a la frecuencia y/o la presencia de orgasmos y su aparición se inquiere haciendo referencia al inicio del cuadro actual.

TABLA 31

INLUENCIAS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL		
No ha habido cambios. Siempre satisfactoria	8	19 %
No ha habido cambios. Siempre insatisfactoria	7	17 %
Más insatisfactoria por el dolor	5	12 %
Más insatisfactoria por otras causas	22	52 %

Como se aprecia en los anteriores datos, la mayoría de pacientes refiere cambios en el sentido negativo en su actividad sexual, ya sea en frecuencia ya sea en el grado de satisfacción. Sin embargo, en su información, estos cambios se relacionan sobre todo con factores diferentes al dolor, siendo el más frecuentemente citado la "falta de ganas", sin especificar o el cambio en el comportamiento o en la apetencia del cónyuge. Se hace fácil pensar que nos encontramos frente

a un indicador más en el sentido de manifestaciones depresivas ya sea como causa ya sea como efecto de la falta de satisfacción sexual.

Esta información también se recogió en el Indicador del Patrón de Actividad, en el cual se aprecia que la frecuencia de actividades sexuales es como promedio (mediana) de una vez por semana tanto en los pacientes varones como en las mujeres (incluidas las esposas de pacientes), oscilando la variabilidad entre ninguna y cinco veces por semana. Es éste, además, uno de los pocos tipos de actividades que presenta una clara correlación negativa con la edad, sobre todo en las mujeres. Nos encontraríamos, pues, frente a una situación que no es muy distinta de lo que sucede en la población sin problemas de dolor crónico, y lo que sería especialmente significativo sería la impresión de los pacientes de la inferior calidad de su vida sexual actual.

INDICACIONES EN LOS PATRONES ADAPTATIVOS : TRABAJO, ACTIVIDADES  
DISTRACTIVAS Y ACTIVIDADES DISTRACTIVAS

Este aspecto se considerará con mayor profundidad en la parte dedicada a estudiar la información recogida mediante el Indicador del Patrón de Actividad. Sin embargo, puesto que era una información que se registraba en la historia clínica, se comentarán brevemente aquí los principales datos obtenidos. Por otra parte, mediante este autoinforme se pueden averiguar datos no evidentes en el Indicador del Patrón de Actividades, tales como la impresión de los pacientes sobre su actual nivel de funcionamiento adaptativo en la vida de cada día y, sobre todo, sobre los cambios que puedan haberse producido en los últimos tiempos. Los principales datos recogidos se resumen en las siguientes tablas.

TABLA 32

SITUACION ACTUAL EN CUANTO AL TRABAJO	
trabaja fuera de casa	32 76 %
inactivación	3 7 %
inactividad	7 17 %

Como se veía también en la Tabla 11, solo 10 personas siguen trabajando, o bien manteniendo el mismo ritmo y nivel de antes del inicio del cuadro actual o bien con unas responsabilidades

exigencia de esfuerzo limitadas o reducidas. De las 32 personas que no trabajan fuera de casa, 7 son mujeres que no lo han hecho nunca y las 25 restantes ( el 60 %), personas que están en situación o bien de paro o bien de invalidez permanente o temporal.

El tiempo de baja laboral es, como promedio, de 3.2 años en los hombres y de 5.2 años en las mujeres. Este tiempo es superior al de evolución del cuadro actual en las mujeres e inferior en los hombres. Este dato hace pensar que existe una escasa relación entre el tiempo de baja laboral y el cuadro de dolor en las mujeres. Las informaciones recogidas en la entrevista confirman esta sospecha, ya que en las mujeres la baja laboral es debida a factores distintos de la enfermedad, generalmente el matrimonio o el nacimiento del primer hijo.

Sea por la causa que sea, es importante anotar el dato de que sólo un 17 % de los pacientes estudiados trabaja en las mismas condiciones, con la misma frecuencia, con el mismo nivel de exigencia y con el mismo rendimiento que antes de empezar el cuadro o antes de que el cuadro revistiera las características actuales. Es importante anotar este dato como un indicador no sólo de gravedad sino también de empobrecimiento ambiental o en cuanto a oportunidades distractivas, si se considera el trabajo no es sólo como fuente de sustento económico sino, en muchos casos, el único recurso para establecer y mantener contactos sociales.

En este sentido, han sido muchos los pacientes que han acusado una grave reducción en este ámbito a partir del momento en que han dejado de trabajar fuera de casa. Así mismo, entre los deseos formulados por los pacientes como objetivos del tratamiento (ver último apartado de la historia), el segundo en orden de frecuencia, inmediatamente después de quedar libres del dolor, es volver a trabajar. Esto es digno de ser señalado porque se contrapone a las fáciles explicaciones sobre "neurosis de renta" y "ganancias secundarias" que hacen equivaler el dolor a un repertorio de evitación del trabajo.

TABLA 33

SITUACION ACTUAL EN CUANTO A ACTIVIDADES DOMESTICAS				
	Hombres		Mujeres	
Igual	11	73 %	9	33 %
Reducidas	4	27 %	18	67 %

En este apartado ha sido necesario diferenciar los datos en referencia a los hombres con los de las mujeres puesto que los términos no significan lo mismo en uno y en otro caso. Como se verá con más detalle al hablar de la información recogida en el IPA, hombres y mujeres se comportan en esta esfera de una forma radicalmente diferente. Esto no parece una gran revelación: lo que nos ha sorprendido es lo marcado de las diferencias. En el caso de las mujeres, "igual" quiere decir que siguen realizando, o así lo consideran, las mismas actividades de cuidado doméstico que realizaban antes y que, en este sentido el dolor o el cuadro actual no ha tenido influencias reductoras.

En el caso de los hombres, "igual" quiere decir que antes del cuadro actual no hacían nada y esta situación se mantiene. Por lo tanto, en el caso de los varones, "igual" es un indicador de un escaso nivel de actividad, no reducido o no influido por el dolor, pero escaso.

TABLA 34

SITUACION ACTUAL EN CUANTO A ACTIVIDADES DISTRACTIVAS				
	Hombres		Mujeres	
Iguales	7	47 %	12	44 %
Reducidas	8	53 %	15	56 %

En este caso, las diferencias entre hombres y mujeres no son marcadas, pero se ha mantenido la separación para poder evidenciar la distinta influencia en este ámbito respecto a las actividades domésticas y para mantener una diferenciación que se recogerá en el estudio de los patrones del nivel de actividad. Lo que me parece más significativo es que algo más de la mitad de los pacientes informan sobre una reducción respecto al número o al tipo de actividades distractivas que realizan.

Y tampoco es el caso de pensar que antes del cuadro actual su nivel fuera muy boyante, sino que, fuera el que fuera, ha disminuido o consideran que ha disminuido. En el caso de los hombres, o de las mujeres que habían trabajado fuera de casa, uno de los ámbitos en los cuales denuncian una mayor reducción en su nivel de actividades distractivas es en el aspecto de contactos sociales, sobre todo relacionados con el trabajo y la convivencia fuera del mismo con otras personas. Un paciente lo expresaba de una forma muy ilustrativa, con estas palabras: "Antes, después de trabajar, me iba a veces al bar con los amigos. Ahora, cuando voy, no conozco a nadie".

Hubo algunos ámbitos exclusivos de uno u otro sexo. Estos fueron las labores o coser, para las mujeres y el bricolaje o trabajar el huerto para los hombres. En los dos casos, destacan como fuente de contactos sociales gratificantes la compañía y el juego con los nietos.

Este y el último han sido los únicos ítems en los cuales he pensado que existían dificultades de comprensión de las preguntas. Desde luego, ni el término ni, osaría decir, el concepto de "Hobby" les resultaba familiar. Cuando se traducían con descripciones relacionadas con las distracciones era frecuente una latencia en la respuesta y, al cabo de unos segundos, contestar cosas o bien rutinarias (televisión) o bien tales que daban una impresión de encontrarse frente a personas de recursos lúdicos muy reducidos. Algunas constataciones que llamaban la atención en este sentido fueron: "Llevar a los niños al colegio", "Hacer encargos fuera de casa", "Cambiar las sábanas" o "El trabajo de casa" en el caso de las mujeres y "Hacer cestas con pinzas de ropa" o "Llevar las cuentas", en el caso de hombres.

Pero lo que más me sorprendió fue la latencia en la respuesta: en este caso, como en el de la última pregunta, saqué la conclusión de que se trataba de temas o cuestiones que nunca se les habían planteado y menos en un contexto clínico. Puede tratarse, desde luego, de mi especial sesgo, pero si no es así, es grave que no parezca haber mucho interés en descubrir posibles recursos de los pacientes.

### INFLUENCIAS EN LOS ASPECTOS ECONOMICOS.

La influencia del cuadro de dolor actual en los ingresos económicos de los pacientes estudiados es relativamente baja. Sólo 11 pacientes (un 24 % del total) refirieron que sus ingresos habían disminuido en los últimos tiempos. Esto se registró independientemente de la causa, que, en varios casos, no era la baja laboral o la disminución en el rendimiento laboral, sino otros factores tales como el despido de un familiar o el hecho de tener que ayudar a un hijo que estaba sin trabajo.

Las fuentes de ingresos se explicitaron en la Tabla 11. De los datos allí reseñados se desprende que sólo 10 (24 %) son los pacientes que se mantienen o mantienen a su familia a partir del propio trabajo, aunque sea con un nivel reducido de exigencias o responsabilidades. En los demás casos, los ingresos familiares provienen de los subsidios laborales con o sin ayuda de lo que aporte el trabajo de un familiar, generalmente el cónyuge.

La conclusión que se puede derivar de estos datos es que el cuadro no implica una penalización económica especial. De todas formas, teniendo en cuenta el elevado porcentaje (59 % ) de mujeres que sólo viven de lo que ingresa el marido y otras consideraciones generales, creo que habría que ir con cuidado y no convertir esta apreciación en una conclusión de que estos pacientes "viven de renta".

Dentro del grupo de pacientes que reciben subsidios laborales por el cuadro de dolor o enfermedad actual, 10 (el 29% del total y el 63 % del grupo)) están pendientes de obtener la invalidez permanente. De éstos, 6 (40 %) son hombres y 4 (15 %) son mujeres. Por lo tanto, casi la mitad de los hombres de este grupo, presentaría lo que muchos autores consideran como un signo de mal pronóstico en un cuadro de dolor: estar pendientes de alguna forma de compensación económica. No se encontró, en cambio, ningún caso en el que estuviera pendiente un pleito laboral o de seguros para reivindicar indemnizaciones económicas por accidentes o traumatismos relacionados con el cuadro actual.

### EXPECTATIVAS O DESEOS

Como se ha dicho éste es el otro ítem en el cual se encontró una cierta dificultad de comprensión por parte de los pacientes, apreciada por la necesidad de tener que dar ulteriores explicaciones a la pregunta. Pero, en este caso, creo que las dificultades de comprensión estaban en parte justificadas por el hecho de que la pregunta no estaba clara ni bien formulada. Es asimismo el único ítem de la historia clínica que cambiaría. Creo que se pretende recabar información sobre dos cosas a la vez. Por una parte, que el paciente informe sobre qué cosas desearía hacer o tener y no puede por el dolor, es decir, el coste de respuesta o el coste, en general, del problema. Por otra, recoger información directa sobre posibles objetivos del tratamiento además de o en lugar de la solución del cuadro actual.

Siguiendo la sistematización de Hendler, a falta de nada mejor, las respuestas de los pacientes se distribuyeron de la siguiente forma.

TABLA 35

EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO		
"Eliminar el dolor" (único)	4	10 %
"Eliminar el dolor" (con otros)	20	48 %
No citan el dolor	18	42 %

La mayoría de los pacientes manifiestan el deseo de verse librados del dolor o, como se expresó en algunos casos, de que éste, por lo menos, vuelva a ser como era antes, es decir, intermitente y dejando días de respiro.

Pero éste no fue el único deseo, en algún caso ni siquiera llegó a expresarse. Evidentemente, puede considerarse como algo implícito, sobre todo al contestar a esta pregunta en un ámbito clínico. Por consiguiente no creo que haya que dar mayor importancia al hecho de que en ocasiones no se haya hecho referencia al mismo. Más interesante me ha parecido señalar que en ningún caso se dio la cuarta posibilidad a la que apunta Hendler de "Deseos vagos o poco específicos" Los deseos que formularon los pacientes eran bien concretos, como se verá en algunos de los ejemplos que se citarán a continuación.

Una conclusión inmediata a sacar es que los problemas de adaptación o simplemente los problemas superan el mero hecho de la presencia del dolor. Que estos otros problemas o estos otros aspectos que se desearía ver resueltos sean concomitantes o sean una consecuencia del

dolor, es algo irrelevante: lo que cuenta es que estos pacientes tiene funetes de sufrimiento que van más allá del cuadro patológico actual. Que esté o no en manos del profesional que atiende al paciente el resolverlos, es otra cuestión. Lo que me parece inexcusable es, por lo menos, no se recoger información sobre los mismos.

Dentro de los deseos o posibles objetivos de tratamiento o ayuda que los pacientes formularon aparecían items tales como la salud de los familiares, más dinero, resolver los problemas conyugales o familiares, resolver la situación familiar, poder comprar un piso o un taller para el marido o encontrar trabajo para el marido. Pero, con mucha diferencia, el que apareció de una forma más frecuente y más citada fue el volver al trabajo. Prácticamente en todos los casos se formuló esto como deseo. Es posible que, nuevamente, intervenga en mi interpretación de este hecho mi especial sesgo, pero considero que ello es indicativo de que en modo alguno estos pacientes viven de renta y si lo hacen, la renta es puramente económica.

Como conclusión a este último apartado, creo que habría que separlo en dos. Por una parte inquirir sobre los aspectos que han quedado afectados por el cuadro que el paciente presenta, las cosas que desearía hacer y no puede por este cuadro (el coste del mismo), por otra, las expectativas del tratamiento. Qué exactamente espera el paciente de un tratamiento orientado a su dolor. En los casos en que se ha formulado la pregunta en estos términos, tras el momento de latencia que, para mí, denunciaba sorpresa ante tal pregunta, por la novedad o por la obviedad, las respuestas obtenidas revelaban unas

expectancias para mí lógicas y comprensibles pero poco realistas. Su formulación era en términos tajantes: "Librarme del dolor", "Encontrarme bien" o "Volver a trabajar como antes" y tenían siempre como punto de referencia estados o situaciones de tres o cinco años antes.

### INFORMACION RECOGIDA A PARTIR DEL DIARIO DE DOLOR

El procedimiento de autorregistro de la intensidad estimada de dolor, se aplicó en 25 pacientes, 16 mujeres y 9 hombres.

#### CONTENIDOS DEL REGISTRO

El formato de este diario conductual consistía en un cuadernillo de 14 hojas iguales, un ejemplo de las cuales se incluye en el Anexo 3. En cada hoja, es decir, para cada día, el paciente tenía que registrar los siguientes datos:

- (\*) Estimación de la intensidad del dolor lumbar.
- (\*) Estimación de la intensidad en las otras localizaciones, indicando de cuál se trata.
- (\*) Hora, dosis y tipo de medicación ingerida.

La estimación de la intensidad se realizaba en base a cuatro posibilidades:

- Nada
- Flojo (molestias)
- Fuerte
- Muy fuerte

Se escogieron estos términos, en lugar de otros posibles, tales como "Intenso" o "Soportable-Insoporable", porque eran los que más frecuentemente utilizaban los pacientes en sus descripciones espontáneas y, por consiguiente, me parecieron los de más fácil y generalizada comprensión.

Los pacientes tenían que registrar la intensidad estimada en coincidencia con seis momentos del día:

- (\*) Al levantarse (L)
- (\*) A media mañana (Mm)
- (\*) A la hora de comer (Co)
- (\*) A media tarde (Mt)
- (\*) A la hora de cenar (Ce)
- (\*) Al poco rato de acostarse (A)

Se prefirió este tipo de registro de muestreo del tiempo, porque, como se ha dicho en el apartado de generalidades sobre el diario de dolor, es el procedimiento de elección en todos los casos en los que se vaya a recoger información sobre fenómenos continuos y que varían a lo largo de un reducido número de dimensiones. Dentro de los procedimientos de muestreo del tiempo, teniendo en cuenta los datos de Collins y Thompson (1979) según los cuales es equivalente la información obtenida con cuatro o con doce estimaciones, se ha preferido utilizar un número reducido de momentos de registro, con el

fin de éste no resultara excesivamente interferidor.

Por otra parte, el especificar como momentos básicos de registro las horas de las comidas, levantarse y acostarse favorece el que haya menos errores en la reconstrucción, cuando el registro se efectúa al final del día. Los momentos a registrar estarían ligados a situaciones fácilmente discriminables, que pueden constituir una ayuda o "anclaje" para la memorización. A fin de que los intervalos no fueran excesivamente amplios y desiguales, se han añadido los momentos de "Media mañana" y "Media tarde", con los cuales el periodo transcurrido entre dos estimaciones era aproximadamente de unas dos-tres horas en cada caso.

Como se ha dicho, el registro se efectuaba durante 14 días y, sólo en un caso, descartado del estudio, se cumplimentó inadecuadamente, dejando días o momentos en blanco. La única información que se tuvo que reconstruir en la entrevista posterior fue en qué consistían las otras localizaciones puesto que, en algunos casos esto se indicaba sólo en la primera hoja, pero coincidió en los casos en que se tratabe siempre de la misma.

En el anexo 3 se incluye una hoja rellena por una paciente (S30) que es muy indicativa del grado de especificación en las respuestas obtenidas. Dado lo negativo de los resultados obtenidos con esta paciente en concreto, en momentos de desesperación he llegado a pensar que sus respuestas eran hasta demasiado indicativas e informativas. Otro elemento de error consistió en no indicar exactamente la hora en

que se ingirió la medicación. Esto no se consideró una razón para excluir del estudio toda la información restante, pero sí de descartar estos casos para el análisis de los efectos de la medicación.

En la primera entrevista se enseñaba a los pacientes cómo cumplimentar el cuadernillo y, tras las explicaciones oportunas, se les hacía realizar un ensayo rellenando o diciendo qué pondrían si tuvieran que rellenar la hoja correspondiente al día anterior.

#### ANALISIS DE LOS DATOS

El más frecuente de los procedimientos de análisis de este tipo de datos consiste en estimar una intensidad diaria, hallando la media aritmética de todos los valores de estimación de la intensidad para aquel día. A mí me ha parecido más informativo otro tipo de datos y, concretamente, el tener en cuenta no el día total sino distintos momentos del mismo.

Considero que una misma media global puede tener distinto significado según los momentos del día en que se registra una intensidad más elevada. El grado de interferencia en la actividad habitual puede ser muy distinto, según cuáles sean las responsabilidades de esta persona. Por ejemplo, una mujer que tenga que cuidar la casa se verá más incapacitada si sus mayores problemas son durante la mañana, pero si tiene niños pequeños que van al colegio, quizás la mayor

incapacitación se producirá si el momento de mayor intensidad es por la tarde, cuando los niños vuelven a casa. Por esta serie de argumentos no me ha interesado tanto la intensidad media por día como la intensidad media en momentos específicos y significativos del mismo.

Durante el estudio clínico, puesto que éste se mantuvo en una línea estrictamente intrasujeto, nos limitamos a considerar el porcentaje de días en que se daba una determinada estimación de intensidad en cada uno de los momentos registrados y a comparar los cambios en estos porcentajes entre dos autorregistros, tanto en el dolor lumbar como en el dolor en otras localizaciones.

Para realizar estudios comparativos, o de grupos de pacientes, el procedimiento que nos ha resultado más claro y sencillo consistió en obtener unos índices de intensidad estimada para cada uno de los momentos del registro. Estos índices se obtuvieron atribuyendo un valor numérico a cada intensidad estimada y calculando la media de cada momento de registro, como se indica a continuación.

$$\text{Índice de intensidad estimada: } \frac{(N \times 1) + (N \times 2) + (N \times 3)}{14}$$

14

siendo 1, 2 y 3 los valores atribuidos a las estimaciones de "Flojo, (molestias)", "Fuerte" y "Muy fuerte", respectivamente.

No es éste un procedimiento matemáticamente muy elegante, puesto que las dimensiones estudiadas no autorizan a ser tratadas de esta forma. Por ejemplo, no hay evidencia de que el intervalo entre una y otra estimación sea equivalente. Sin embargo, después de tomar en consideración muchas formas de análisis de datos, incluyendo una incursión en el fascinante mundo de las series temporales (a la cual debo un nada despreciable conocimiento de los ciclos de producción de cereales en el Midwest americano durante la primera mitad de este siglo), ésta ha resultado el procedimiento aparentemente más adecuado. Debo decir, como posible justificación parcial, que los resultados gráficos obtenidos coinciden con los que se obtuvieron con otros procedimientos de análisis tales como considerar simplemente las variaciones de intensidad estimada o los porcentajes de las distintas estimaciones y éste era el más evidente y de más fácil comprensión, el más "gráfico".

Un segundo tipo de análisis de los datos obtenidos ha consistido en comparar los índices de intensidad estimada en pares de intervalos sucesivos y calcular los porcentajes de los tipos de variación posible: incremento, descenso o igualdad, así como las medias de estos índices en cada momento según el tipo de variación a partir del mismo.

## RESULTADOS OBTENIDOS

### IMPRESIONES GENERALES

Un primer hecho que destaca en la observación de las hojas de registro de los pacientes, es la escasa incidencia de las estimaciones extremas: "Nada" y "Muy fuerte". Esto puede ser, evidentemente, un artefacto del sistema utilizado, en el que había muy pocas posibilidades y por tanto pocas posibilidades de matización, o también un reflejo de algo que realmente sucede. El contestar a esto es una cuestión empírica y se puede hacer sólo mediante el uso de escalas de este tipo (verbales simples) u otras equivalentes en las que aparezca una mayor gama de posibles descriptores o niveles.

Mi impresión, sin embargo, es que no se trata totalmente de un artefacto sino que podría reflejar en parte una situación real, caracterizada, por lo que respecta a la estimación mínima, "Nada", por el hecho de que los pacientes no registran o no experimentan momentos libres de dolor (en todo caso, tienen días totalmente libres: esto se ha dado, sobre todo por lo que respecta a las otras localizaciones) sino que éste está siempre presente bajo forma de "Molestias" que hacen que el paciente está continuamente al tanto de que "tiene espalda". Que estas "molestias" no reflejen más que una acusada percepción o respuesta a información propioceptiva, es cuestión que escapa a nuestras posibilidades de esclarecimiento.

Por otra parte, la escasa frecuencia relativa de la estimación máxima, "Muy fuerte", coincide con la información recogida en la historia clínica, en la cual, como se ha indicado en su momento, los pacientes describen el dolor en localización lumbar predominantemente como un dolor sordo o apagado con muy esporádicos episodios de intensificación. En cambio, son muchos más frecuentes las estimaciones de valor máximo en las otras localizaciones, llevando a pensar que aquí los cambios son más bruscos y las "agujas" más frecuentes, aunque quizás también en este caso se registren sólo los episodios más intensos.

Un segundo elemento de apreciación global es el descenso en la estimación de la intensidad entre los dos últimos momentos de registro, cenar y acostarse, llevando a la conclusión de que el dolor suele atenuarse, incluso de una forma muy marcada, al acostarse, por lo menos, en los primeros minutos (en las instrucciones se les especificaba que "Al poco rato", quería decir en la primera media hora).

A qué se debe esto, tampoco lo podemos constatar: lo cierto es que los pacientes en las entrevistas confirman esa conclusión, aunque, en muchos casos, el efecto suele ser poco duradero. Como se ha indicado, este hecho es compatible con problemas del sueño y, sobre todo, con dolorimiento en el momento de levantarse. Sea como sea, hemos observado con tanta frecuencia el hecho de que la estimación era menor cuando se refería al rato de acostarse que no hemos tenido en cuenta

este dato par comparar las evoluciones o patrones diarios de los pacientes y hemos considerado como casos "raros" aquellos en los que se producía un incremento.

## PATRONES DE EVOLUCION

Uno de los aspectos que más nos interesaban era el poder obtener unos patrones o curvas de evolución típicas de las intensidad estimada del dolor a lo largo del día, sobre todo para poder comparar los resultados del tratamiento en términos de modificación de estas curvas y no simplemente de una modificación de valores globales de intensidad.

De una forma estrictamente tentativa, se representan a continuación los tipos o patrones que hemos considerado y las gráficas de dos de los pacientes representativos de cada uno, así como el número y porcentaje del total de pacientes que presentaban este patrón. No se ha tenido en cuenta el cambio entre cenar y acostarse, por ser inespecíficamente de descenso o mantenimiento en la mayoría de casos. Se ha escrito debajo de la gráfica correspondiente, las palabras con las cuales el paciente, en la información proporcionada en la historia clínica, indicaba cuál era el momento del día en el cual su dolor presentaba una mayor (+) o una menor (-) intensidad.

Con el fin de favorecer las comparaciones, puesto que lo que interesa es la evolución, se han igualado los valores iniciales haciendo que todas las gráficas partieran de un mismo nivel y se ha indicado con un asterisco cuál es el nivel inicial real. En el siguiente grupo de gráficas se recogen los datos de los mismos sujetos respetando los valores reales de los índices de estimación de la intensidad.

Un primer tipo posible de curvas sería el que se representa en la figura 2, presentado por 9 pacientes (36%).

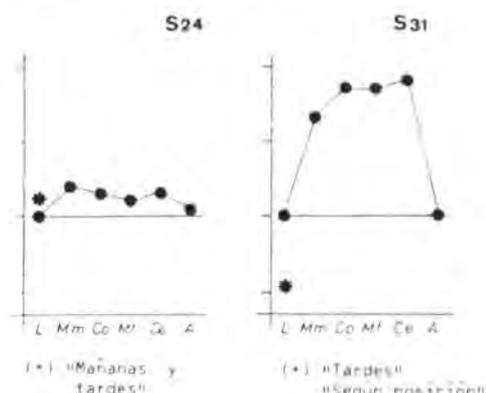


Fig. 2.- Explicaciones en el texto.

De una forma más o menos brusca y acusada se observa una elevación del nivel inicial (entre el momento de levantarse y la hora de comer o, mejor aún, media mañana), un mantenimiento de la intensidad estimada con ligeras oscilaciones a lo largo del día y un descenso a partir de la noche, sobre todo la hora de la cena.

Un segundo tipo posible, muy afín al anterior, es el que se representa en la fig. 3, hallado en 4 pacientes (16%).

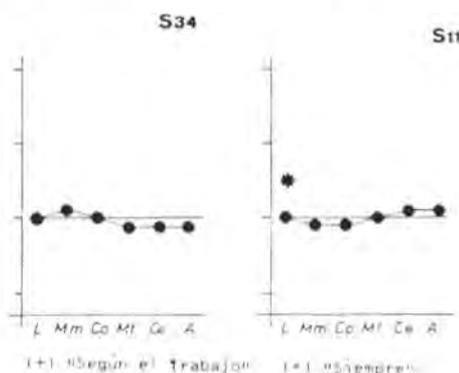


Fig. 3.- Explicaciones en el texto.



Se trataría de curvas opuestas o simétricas respecto a las del primer tipo: en ellas se produce un descenso inicial, una mantenimiento a lo largo del día y nuevo incremento a partir de la tarde o en la última parte del día.

Un posible quinto tipo, es el que se ejemplifica en la figura 6, presentado sólo por los dos pacientes aquí indicados ( 8 %).

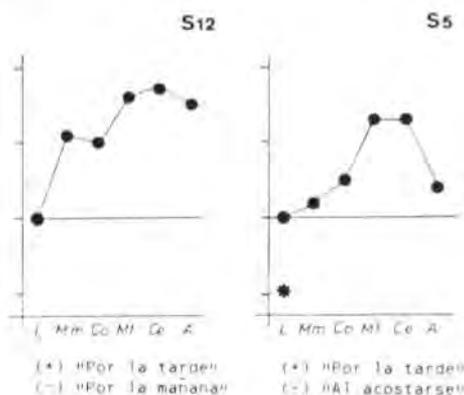


Fig. 6.- Explicaciones en el texto.

Lo que caracterizaría este tipo de evolución es el incremento constante a lo largo del día, con el acostumbrado descenso entre los dos últimos momentos de registro.

En la figura 7 se representa un último conjunto de curvas, que corresponden sólo a estos pacientes.

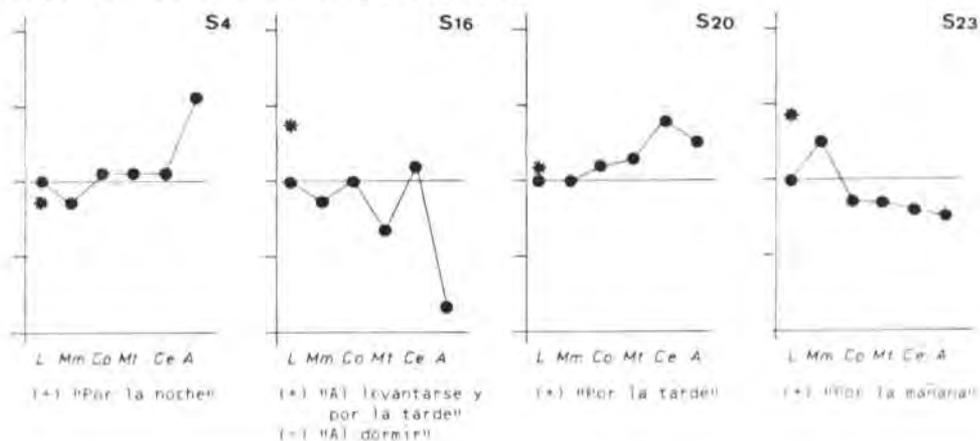


Fig. 7.- Explicaciones en el texto.

No he sido capaz de englobarlas en ningún otro tipo: son las que he clasificado como "raras". La curva del paciente 20 podría considerarse semejante a las del quinto tipo (incremento a lo largo del día). No la he incluido en este grupo por cuanto el incremento es en escalera, y en dos intervalos se produce una detención o mantenimiento del nivel de estimación, muy clara. Desde luego, con un mayor número de casos se podría comprobar si esta inclusión sería acertada o no, (así como si los demás patrones lo son realmente y son representativos de todas las posibilidades o, por lo menos, de las más importantes). Lo que, a mi entender hace "raras" estas curvas son los cambio bruscos y muy puntuales en periodos contiguos.

La paciente 16 no nos planteó estos problemas de clasificación: se trata de una paciente que cumplimentó el autorregistro del dolor simultáneamente con la realización del tratamiento de removilización. Como se verá, esta gráfica es típica de estas situaciones. De todas formas, se ha incluido en este grupo, porque tiene en común con todos los demás casos que ésta era la primera vez que realizaba el autorregistro.

Comparando estos datos con las informacione recogidas por autoinforme global en la historia clínica, en general se observa coincidencia entre lo que los pacientes dicen y lo que aparece en las gráficas. Mejor dicho, lo que aparece en las gráficas no contradice la información global. Pero, desde luego, la matiza mucho más. Permite

subdivisiones que hubieran resultado imposible a partir de la mera información global.

Por ejemplo, el que el dolor es más intenso por las tardes lo afirman los pacientes 31 y 20. Sin embargo, su evolución a lo largo del día, según se registra en las gráficas, es muy diferente. Hemos de anotar también el que los informes más inespecíficos ("No tiene regla fija" o "Es constante") se obtienen en pacientes cuya gráfica o es muy aplanada o es del tipo más frecuente: es decir las que reflejan una evolución diaria con pocos cambios, en términos conductuales, tal que plantea dificultades de discriminación.



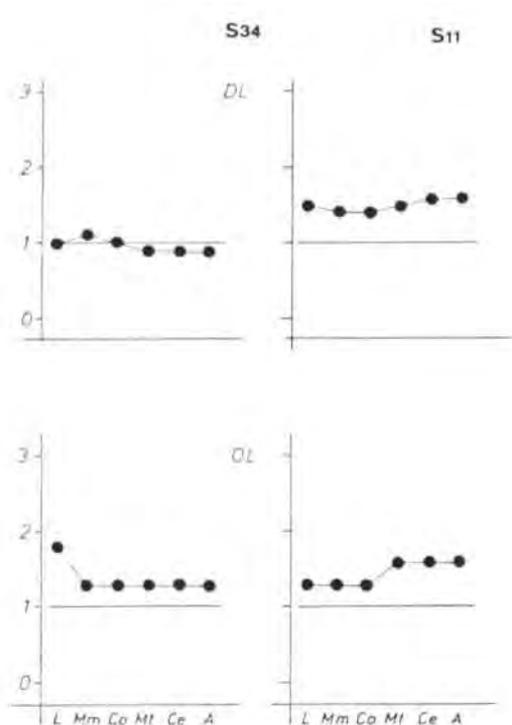


Fig. 9.- Explicaciones en el texto.

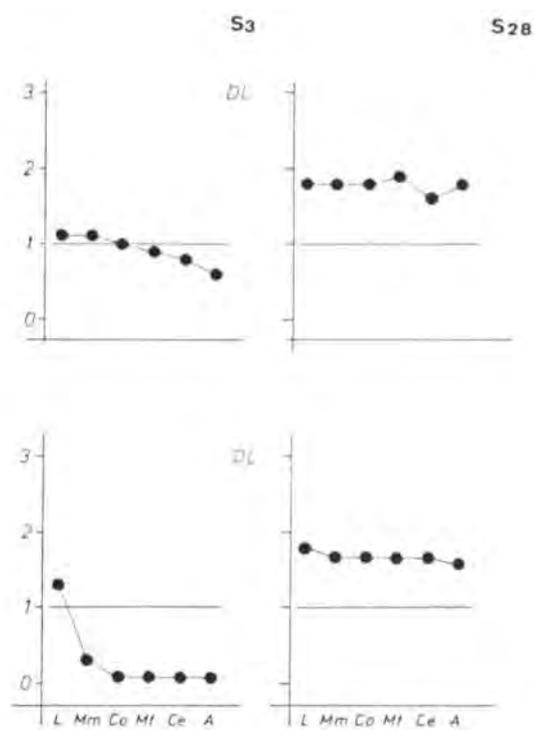


Fig. 10.- Explicaciones en el texto.

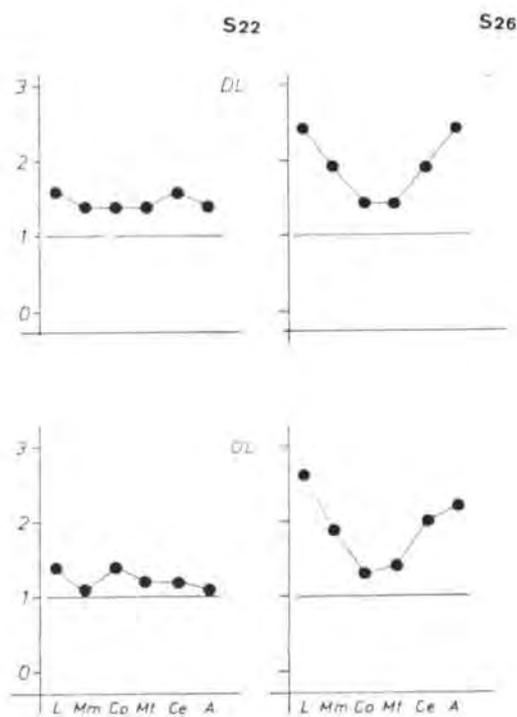


Fig. 11.- Explicaciones en el texto.

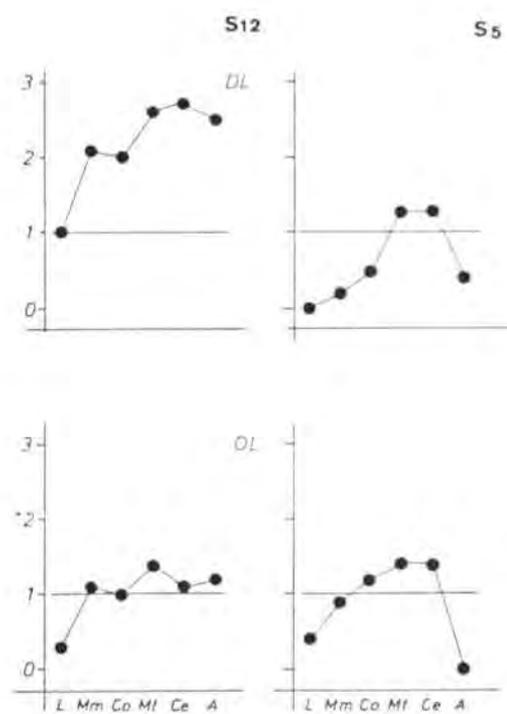


Fig. 12.- Explicaciones en el texto.

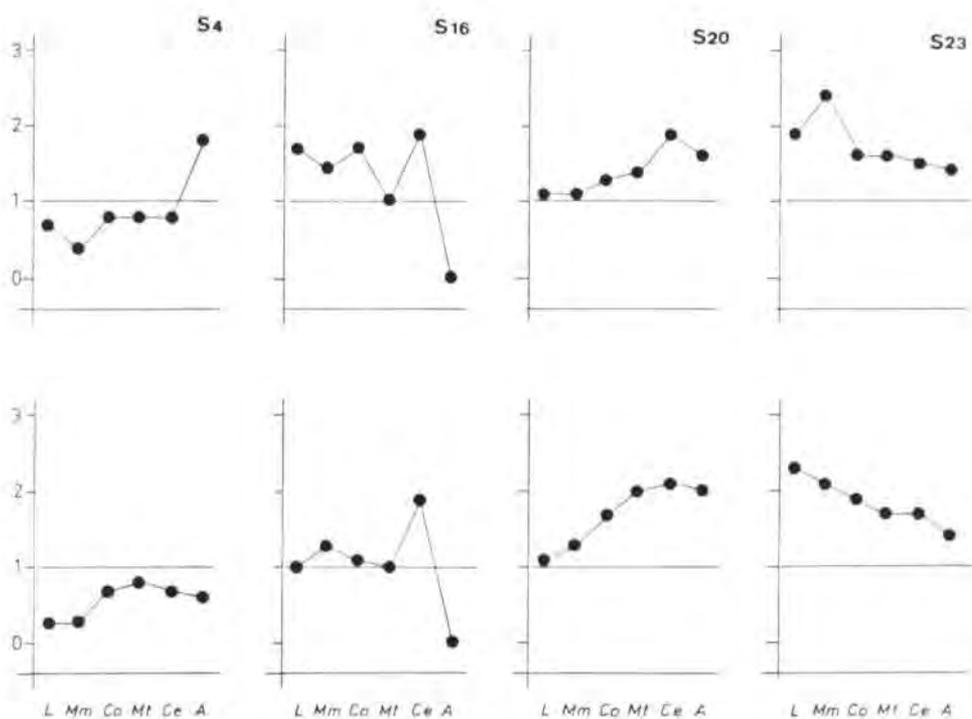


Fig. 13.- Explicaciones en el texto.

En estos casos, no hemos querido intentar establecer ningún patrón ya que se trata de datos diversos. Lo único que nos parece importante resaltar a este respecto es la relativa independencia que, en unos casos más que en otros, se observa entre las dos curvas en cada paciente. Dicho en otras palabras, lo difícil que resultaría inferir cómo es la curva del dolor en otras localizaciones a partir de la consideración de la curva del dolor lumbar. En unos casos hay un claro paralelismo con diferencias sólo de nivel, en otros, por ejemplo, los pacientes 31 y 4, las curvas son claramente distintas.

Por lo general, diría que suele haber mayor coincidencia en los casos de curvas muy puntiagudas y que presentan variaciones marcadas y bruscas que en los de curvas aplanadas y de ligera modulación.

De todas formas, no he querido dar demasiada importancia al análisis de estas otras informaciones por cuanto los casos son muy distintos entre sí. La principal diferencia estriba entre el que la otra localización sea siempre la misma o bien varíe en el mismo sujeto y en distintos momentos de registro. Las otras localizaciones para los sujetos aquí representados son las siguientes:

- S 24: Rodillas.
- S 31: Cabeza.
- S 34: Cansancio y dolorimiento general.
- S 11: Codo, rodillas, hombros, cervicales, resto de la columna.
- S 3: Cervicales, brazos.
- S 28: Cabeza.
- S 22: Cabeza, rodillas.
- S 26: Pecho, zona dorsal, costado.
- S 12: Vientre.
- S 5: Cabeza.
- S 4: Pierna izquierda, cabeza.
- S 16: Rodillas y nuca.
- S 20: Nuca, hombros, brazos.
- S 23: Cervicales, cabeza, rodillas.

En algunos casos (por ejemplo, los pacientes 26 y 30) se indicaron en el diario de dolor localizaciones no especificadas en la información dada en la historia clínica. Cuando la otra localización es una sola, suele ser constante, es decir, el paciente informa siempre sobre la misma. Cuando se trata de más de una localización, la información varía y el paciente especifica en la gráfica de qué localización se trata en cada caso. Por consiguiente, la única localización constante en todos los pacientes es la lumbar.

Puesto que las otras localizaciones varían entre los pacientes y en el mismo paciente según los días o momentos, no me ha parecido sensato considerar como datos efectivos la información referida a las mismas.

Sólo me ha interesado manifestar las diferencias o concomitancias que puedan existir entre uno y otro tipo y poner de manifiesto la actitud de los pacientes en cuanto a especificar y distinguir escrupulosamente la información que ofrecen o que se les da ocasión de ofrecer. Vale la pena comentar, asimismo, el que se trata de zonas muy localizadas y el que el número de las mismas es claramente limitado.

En la figura 14 se representan los porcentajes de pacientes que muestran un incremento, un decremento o una constancia entre los índices de dos momentos consecutivos de registro. En líneas generales, estos datos, algo burdos, confirman lo observado anteriormente, respecto al tipo de evolución más frecuente. En lo que hace referencia al dolor lumbar, el mayor porcentaje de pacientes cuyos índices de estimación se incrementan se encuentra en el primer intervalo, entre el momento de levantarse y a media mañana. En los siguientes tres intervalos, hasta llegar a la hora de cenar, predominan los pacientes en los cuales se mantiene el nivel de la estimación de intensidad. Entre el momento de cenar y después de acostarse, predominan los pacientes en los cuales se produce un decremento.

A pesar de su rudimentariedad, estos datos de evolución general, coinciden con la que se obtiene considerando caso por caso y día por día la evolución en cada intervalo. Asimismo, como puede apreciarse en la figura 15, la media de los índices de intensidad estimada en cada momento de registro, obtenida agrupando los pacientes según la evolución posterior, está en concordancia con los datos anteriores, siendo las medias sistemáticamente mayores en los casos de decremento

que de incremento ulteriores.

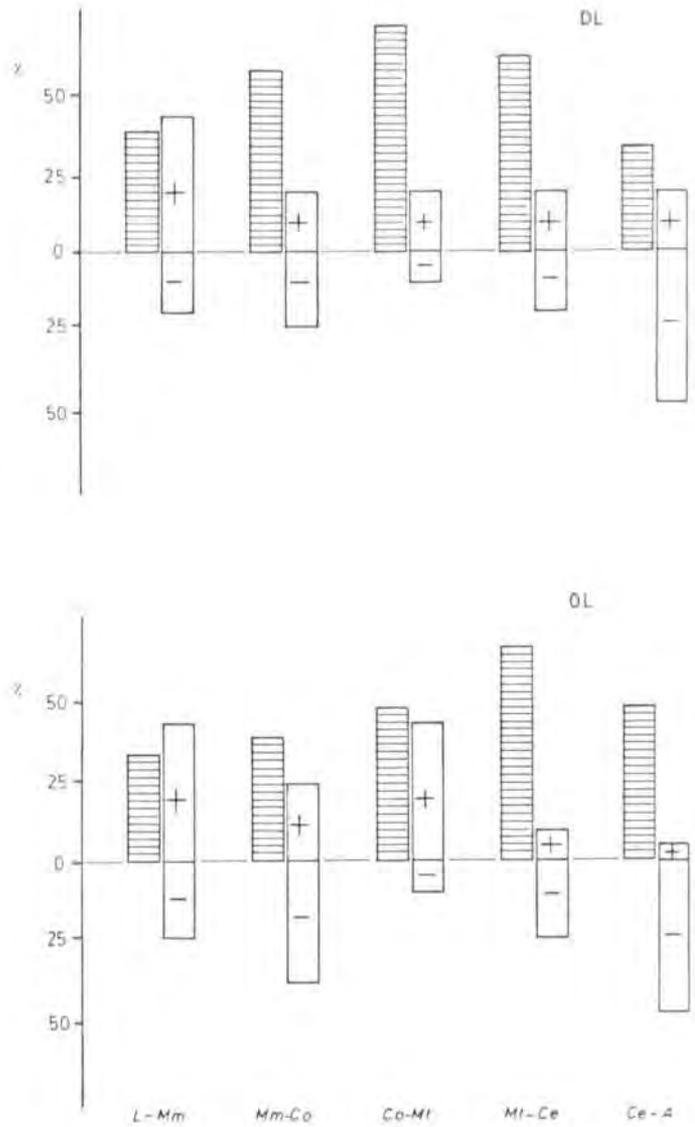


Fig. 14.- Comparación de los índices de intensidad referida de dolor entre pares de registros sucesivos.  
(■) : igual, (+) : aumento, (-) : disminución.

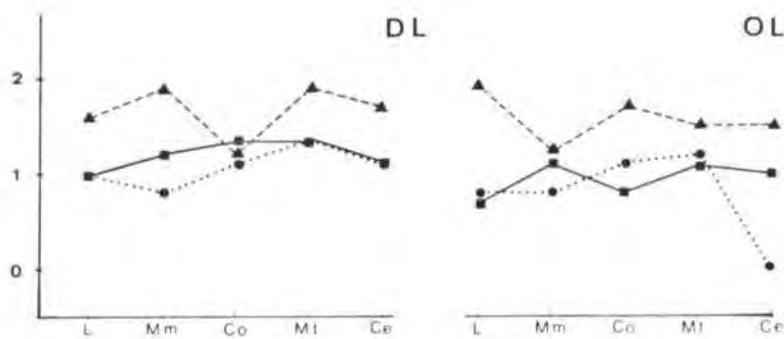


Fig. 15.- Medias de los índices de intensidad referida de dolor en cada momento de registro, según su relación con el sucesivo.  
(▲) : disminución, (■) : igual, (●) : aumento.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MEDICACION

El último aspecto que hemos analizado mediante el estudio de los diarios de dolor de nuestros pacientes ha sido lo que hace referencia a la medicación. Aquí es donde hemos notado los inconvenientes del tipo de registro empleado. A pesar de lo que afirma Sternbach (1977), según el cual dos horas tras la ingestión es el tiempo habitual para que aparezca el máximo efecto analgésico, considero que periodos de dos-tres horas son probablemente excesivos para tener una medida sensible de los efectos de la medicación.

Otro de los posibles problemas en la interpretación de la información se debe al hecho de que, en algunos casos, no se sepa para qué dolor el paciente ingiere la medicación. En las instrucciones se especificaba a los pacientes que indicaran la medicación ingerida para el dolor lumbar, pero en las entrevistas posteriores se recogió en algunos casos información que indicaba que esta sugerencia no había sido respetada.

Las consideraciones que se van a hacer a continuación tienen que ser cuestionadas a la luz de estos factores. En estudios dedicados a los efectos analgésicos, para los cuales considero que los autorregistros pueden constituir un instrumento altamente eficaz, creo que habría de utilizarse otro tipo de procedimientos, que sobre todo delimiten periodos más cortos.

Hemos centrado nuestro análisis a aquellos casos en los cuales la medicación era autoadministrada, es decir, que no se siguiera un programa sistemático establecido por el médico, por tanto, una administración "según necesidades". Se han tenido en cuenta sólo los fármacos analgésicos y antiinflamatorios, no se han considerado los psicofármacos, entre otras razones, porque por regla general, se consumían regularmente, bajo programa temporal prescrito.

Se seleccionaron asimismo sólo los casos en los cuales los pacientes indicaban claramente la hora en que se producía la administración. El total de episodios que respondieran a estos criterios fue de 70. El análisis realizado se ha limitado a considerar la relación entre la intensidad referida de dolor en el momento de la administración y la de los momentos inmediatamente precedente y siguiente y clasificando los casos en aumento, disminución o mantenimiento. Cuando la ingestión del fármaco se producía al levantarse o al acostarse, puesto que no tenemos datos para saber cuál era la intensidad referida del momento anterior o posterior respectivamente, sólo hemos especificado el momento.

En la tabla 36 se indica el número y el porcentaje de instancias (sobre el total de 70) de las posibilidades, distinguiéndolas entre antecedentes (relación entre el momento de la ingestión y el precedente) y subsiguientes (relación entre el momento de la ingestión y el inmediato sucesivo). En la tabla 37 se indican las combinaciones de las posibilidades anteriores y su frecuencia de aparición. En esta tabla, bajo el epígrafe de "Otras combinaciones" se agrupan aquellos

casos observados en menos del 10 % de las instancias registradas.

TABLA 36

INDICES DE INTENSIDAD Y MOMENTO DE INGESTION		
<u>Antecedentes</u>		
Al levantarse	28	36 %
Igual	22	28 %
Aumento	17	22 %
Disminución	3	4 %
<u>Subsiguientes</u>		
Al acostarse	10	13 %
Igual	31	39 %
Aumento	3	4 %
Disminución	26	33 %

TABLA 37

VOLUCION DE LOS INDICES DE INTENSIDAD Y MEDICACION		
Al levantarse - igual	18	26 %
Aumento - disminución	12	17 %
Igual - al acostarse	9	13 %
Igual - igual	8	11 %
Al levantarse - disminución	7	10 %
Otras combinaciones	16	23 %

En la tabla 36, las seis instancias en las cuales se producen unos efectos paradójicos (ingestión de medicación tras una disminución de la intensidad referida o seguida por un incremento de la misma) han de interpretarse, a mi entender, como una indicación de la deficiencia de la información. En los seis casos se trataba de personas que habían ingerido la medicación por el dolor en las otras localizaciones, como se comprobó en la información recogida en la entrevista posterior.

En lo que hace referencia a los posibles desencadenantes de la ingestión de medicación, (Factores antecedentes), vemos que el porcentaje más elevado se produce al levantarse o sin que se haya registrado un cambio respecto al momento precedente. Esto hace pensar o bien que los medicamentos se han tomado de una forma rutinaria o bien que se ingieren como una forma de prevención o en respuesta a las expectativas de lo que pueda pasar. Pero, lo que no se se puede apreciar es una clara relación con la evolución de la intensidad del dolor. En sólo un 22 % de los casos se puede apreciar que la medicación se usa cuando se ha producido un incremento en la intensidad.

En lo que hace referencia a las consecuencias o los posibles efectos de la medicación, las cosas se hacen aún más confusas. La disminución se registra sólo en una tercera parte de las instancias de automedicación. Lo más frecuente es que la intensidad referida permanezca igual. Sólo con un peligroso grado de inferencia podemos permitirnos sumar los casos de decremento con los de las personas que toman la medicación al acostarse, puesto que sabemos que lo frecuente

(con o sin medicación) es que esto represente un decremento en la intensidad referida del dolor. De todas formas nos quedaría por explicar por qué toma medicamentos este casi 40 % de personas que lo ingieren sin que se aprecien cambios.

Es posible, se ha apuntado más arriba, que el tamiz utilizado sea tal que deje sin registrar cambios poco duraderos y que la disminución sí se produzca pero sea tan momentánea que se haya vuelto al nivel de partida en la próxima estimación. De todas formas queda sobre la mesa el problema de dilucidar por qué las personas con dolor crónico se medican y el hecho de que el comportamiento de ingerir medicación es enormemente complejo y sujeto al control de muy variados factores, en este sentido, poco o mal informativo.

Esta impresión de vaguedad se confirma al observar las posibles combinaciones de posibilidades antecedentes y subsiguientes, representadas en la tabla 37. Dentro de las "otras combinaciones" no entran la de disminución - aumento o de tipo paradójico. Especialmente significativo me parece el que aparezca un 24 % de instancias en las que se ingiere medicación sin que se pueda apreciar un cambio o un aumento precedentes y también el que en un 36 % de los casos, la medicación no parezca producir efectos positivos o eficaces.

## INFORMACION RECOGIDA A PARTIR DEL INDICADOR DEL PATRON DE ACTIVIDAD

El Indicador del patrón de actividad utilizado en este estudio es un inventario de actividades funcionales de la vida de cada día, excluyendo las que hacen referencia al trabajo y al estudio.

En su elaboración se ha tenido en cuenta, en primer lugar, el API ("Activity Pattern Indicator") creado por Fordyce y cols. (1978) dentro del proyecto de los Indicadores de Rehabilitación. Se introdujeron algunos cambios respecto a este modelo, con el fin de adaptarlo, si no a la realidad de nuestro país - que no sabemos cuál es, por falta de estudios normativos en este ámbito - si a la de nuestros pacientes, en su mayoría personas que no trabajaban fuera de casa, de edad avanzada (por lo tanto consideramos que era poco probable que estudiaran) y de bajo nivel económico.

Por estas razones, se omitieron los items sobre el trabajo ( si bien se recoge información sobre algunos aspectos del mismo en la última parte del protocolo) y sobre el estudio, así como sobre las actividades relacionadas con el mantenimiento del coche y el cuidado del jardín. También se descartaron los items sobre actividades bancarias relacionadas con la casa y la realización de balances y presupuestos familiares, tareas que parecen ocupar un tiempo significativo de la vida diaria de los pacientes norteamericanos con enfermedades crónicas.

En segundo lugar, en la elaboración de este inventario se tuvo en cuenta la información recogida en las historias clínicas previas a la misma, en las cuales de una forma sistemática se inquiría sobre las actividades que el paciente realizaba en un día típico entre semana y de fin de semana. La redacción definitiva, asimismo, se realizó después de varias entrevistas individuales dirigidas a poner de manifiesto las posibles dificultades de comprensión y a llegar a la formulación de cada actividad en los términos más habituales y claros posibles.

El Indicador del patrón de actividades que finalmente se obtuvo se aplicó a los 42 pacientes estudiados, de los cuales, como se ha indicado, 15 eran hombres y 27, mujeres.

#### CONTENIDOS DEL REGISTRO

En el anexo 4 se incluye un ejemplo de este inventario en una hoja del cuadernillo que se entregaba al paciente, así como ejemplos de las hojas de anotación de los datos recogidos: una para la primera administración y otra para las diferencias entre dos administraciones.

La lista definitiva constaba de 41 actividades. Otro tipo de información recogida se refería a datos supuestamente indicadores de la resistencia física. Los pacientes tenían que indicar el tiempo que habían permanecido sentados, tumbados, de pie y en el trabajo habitual

fuera de casa, el peso levantado y la distancia recorrida (para este último dato habían de tomar como referencia el hecho de que una manzana en Barcelona equivale a unos cien metros). Los pacientes tenían que proporcionar información sobre estos aspectos refiriéndose al valor máximo alcanzado, es decir, no acumulativamente, y sin interrupciones.

Las respuestas en los cuadernillos de los pacientes eran transcritas en las hojas de anotación, agrupándolas, en primer lugar, en los tres tipos siguientes:

ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO  
ACTIVIDADES DOMESTICAS  
ACTIVIDADES DISTRACTIVAS

Se consideraron ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO todas las que tienen que ver con la higiene, el vestido y la nutrición. Las tres consideradas fueron: Comer, bañarse y vestirse.

Se consideraron ACTIVIDADES DOMESTICAS las que tienen que ver con la limpieza y manutención de la casa y el cuidado de los hijos. Algunos ejemplos de las actividades consideradas son: cocinar, lavar los platos, hacer alguna reparación en casa, comprar comida u otras cosas, dar de comer, vestir o cuidar un niño.

Se consideraron ACTIVIDADES DISTRACTIVAS las que no pertenecen a los grupos anteriores y que se caracterizan por ser lo que las personas hacen para ocupar su tiempo libre, sin que sea evidente una imposición externa. Algunos de los ejemplos de las actividades consideradas dentro de este grupo son: mirar la televisión, ir a la peluquería, realizar una actividad sexual, jugar con un niño, llamar por teléfono a algún familiar o amigo.

En segundo lugar, las mismas actividades eran nuevamente agrupadas según su significación en algunas dimensiones que nos parecieron especialmente pertinentes. Las dimensiones consideradas fueron las siguientes:

SOCIAL/NO SOCIAL

DENTRO/FUERA

SEDENTARISMO/DESPLAZAMIENTO/MOVIMIENTO

La dimensión SOCIAL/NO SOCIAL tiene que ver con el hecho de que para realizar la actividad sea necesaria o no la interacción con otras personas. En base a esta definición, por ejemplo, mirar la televisión se ha considerado como una actividad no social.

La dimensión DENTRO/FUERA implica el hecho de que para realizar la actividad sea imprescindible o no salir de casa. En base a esta definición, por ejemplo, jugar con un niño, se ha considerado como una actividad de dentro de casa.

En la dimensión SEDENTARISMO/DESPLAZAMIENTO/MOVIMIENTO, considerada sólo dentro de las actividades distractivas, se ha tenido en cuenta el grado de esfuerzo y el tipo de movimientos que el sujeto tenía presumiblemente que hacer para realizar la actividad. Se han considerado como representativas de desplazamiento las actividades distractivas que implican poco esfuerzo físico pero para realizar las cuales es imprescindible salir de casa. Se ha considerado como representativas de movimiento aquellas actividades que implicaban, además de un desplazamiento, un esfuerzo físico. Ejemplos de actividades significativas en estas dimensiones serían leer (sedentaria), asistir a algún acontecimiento deportivo (desplazamiento) y practicar algún deporte (movimiento).

## PROCEDIMIENTO DE REGISTRO

A todos los pacientes se entregaba un cuadernillo con 14 hojas iguales, una para cada día del registro. Su respuesta consistía en indicar con una señal cuáles de las actividades indicadas había realizado durante aquel día. En una primera fase, requerimos a los pacientes que indicaran el número de veces que realizaban cada actividad, pero desistimos de seguir solicitando esta información, por la gran dificultad que implica el decidir cuándo se trata de una misma actividad realizada dos veces o se puede considerar como una sola vez pero con interrupciones.

Se indicaba a los pacientes que rellenaran la hoja cada día por la noche. Como en el caso del diario del dolor, se les enseñaba cómo proceder al registro y se les hacía realizar un ensayo correspondiente al día anterior a la entrevista.

## ANALISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos consistían en el número de días sobre los 14 posibles en los cuales los pacientes realizaban una determinada actividad. Como se ha dicho, se dejó muy pronto de tener en cuenta la posible frecuencia de realización de una actividad dentro de un mismo día porque, a parte de las dificultades para interpretar y computar

los datos, tampoco me pareció que fuera importante. Si bien se habla de nivel de actividad, en realidad lo que me interesaba era el tipo de posibilidades o repertorios que el sujeto tenía y la frecuencia en días a la semana en que realizaba las actividades correspondientes. Si iba a la Iglesia tres veces en el mismo día o iba una sola, si se pasaba todo la tarde viendo la televisión o sólo media hora, no me parece que la diferencia fuera muy importante, o tal que no pudiera apreciarse al considerar la frecuencia relativa de las otras actividades posibles.

Una alternativa a nuestro tipo de registro es uno que recoja información sobre el tiempo dedicado a cada actividad, y éste puede ser un dato más interesante que la simple frecuencia por día. Pero no nos pareció oportuno ni necesario utilizarlo en este trabajo. De todas formas, es una posibilidad a tener en cuenta para estudios de este tipo.

En el análisis de los datos obtenidos dejamos de considerar dos aspectos de la información recogida. En primer lugar, la frecuencia en días en la realización de las actividades de autocuidado, porque no había diferencias entre los pacientes. En segundo lugar, la información respecto al tiempo o la magnitud máxima de determinadas actividades tales como permanecer sentados, levantar peso o caminar. Se plantearon serias dudas, confirmadas posteriormente en las entrevistas con los pacientes, respecto al hecho de que realmente se refirieran valores máximos ininterrumpidos o valores acumulados. Puesto que las dos posibilidades se daban y resultaba imposible

reconstruir la información a posteriori, omitimos el análisis de la misma.

De hecho, para lo único que nos resultó algo útil fue como medida muy indirecta de validez de registro. Por ejemplo, una de las informaciones que se requería dentro de este apartado era el peso máximo levantado. En otro lugar del protocolo se preguntaba si habían levantado y dejado en el suelo un niño. Si la persona contestaba positivamente en este punto y refería como peso máximo uno de al menos cinco kilos, ello nos daba una indicación de cierta consistencia en sus respuestas y en su registro.

El análisis de las respuestas de los pacientes se llevaba a cabo, como se ha dicho, transcribiendo en la hoja de anotación las frecuencias en días positivos sobre 14, en las columnas correspondientes al tipo de actividad y a las dimensiones consideradas pertinentes de cada una.

De una forma arbitraria, se consideraron cuatro niveles de frecuencias o periodicidad semanal:

Nunca

Una vez por semana (1-3 días sobre 14)

Dos o tres veces por semana (4-7 días sobre 14)

Cuatro o más días por semana (8-14 días sobre 14)

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos pueden analizarse a título individual, que es como se ha hecho a lo largo de todo el trabajo con los pacientes y a nivel de grupos. Los resultados individuales servían para elaborar las prescripciones para los pacientes. Cuando se hable de los efectos del tratamiento se considerarán algunos de estos datos individuales. Aquí se van a analizar los datos obtenidos reuniéndolos por grupos de pacientes.

Antes de ello es necesario hacer dos consideraciones. En primer lugar, el que en éste como en todos los casos las agrupaciones de los datos se hicieron a trabajo terminado ya que éste fue rigurosamente intraindividual. Yo he sido la primera sorprendida de que aparecieran algunas tendencias o algunas características interesante en la consideración de los datos agrupados.

El segundo punto a considerar es específico de este instrumento y tiene que ver con el método seguido para elaborar las agrupaciones de actividades en dimensiones. Estas agrupaciones se han hecho de una forma totalmente empírica, según criterios que dependían del análisis dimensional de los distintos ítems o actividades. Es de esperar que el basarse en procedimientos matemáticos o en el análisis factorial no contradiga este análisis sino que lo complete o lo sistematice ulteriormente.

De todas formas, el número de sujetos era demasiado limitado para poder aplicar un análisis factorial y tampoco he creído que ésta fuera la cuestión. Pero sí es cierto que el considerar diversos agrupamientos posibles (en función de las diversas dimensiones consideradas) de los mismos datos puede ser la razón de algunos resultados poco claros o más difíciles de interpretar así como llevar a formular sugerencias inadecuadas sobre la posible influencia de un determinado factor.

Un aspecto derivado del anterior es que puede haberse producido una incorrecta interpretación de ciertos resultados, debida a haber considerado erróneamente a una determinada actividad como perteneciente a una categoría definida por una dimensión. De hecho, en algunos casos he tenido dudas sobre una clasificación determinada. Por ejemplo, dedicarse a alguna afición o trabajo manual, ¿es una actividad sedentaria o implica desplazamiento?. Aquí se ha considerado sedentaria porque en la mayoría de los casos la afición en cuestión consistía en coser, hacer punto o pintar. Pero podría haberse tratado de otros tipos de actividades y esta adscripción no ser cierta. De hecho, en este caso, lo que intervendría sería una mala formulación del ítem más que una discutible adscripción a una categoría determinada. Pero el problema se ha planteado y para mí sólo se podrá resolver cuando podamos disponer de datos normativos de grandes y diversos grupos de población sana o enferma.

Por último vale la pena recordar que algunos de los desequilibrios que pueden apreciarse en las gráficas dependen del tipo mismo de las actividades estudiadas. No son actividades susceptibles de ser realizadas con la misma frecuencia. La gente ve la televisión cada día pero no va a la Iglesia cada día, llama por teléfono con mayor frecuencia que va a hacer visitas y no realiza actividades sexuales con la misma periodicidad con la cual ve la tele o va a la peluquería, para hacer dos ejemplos extremos, uno en cada sentido. Por esto es conveniente considerar datos agrupados y esperar a los estudios normativos para introducir las oportunas modificaciones en los datos, en los agrupamientos y en el peso que cada actividad tiene en cuanto a definir las dimensiones del patrón de actividad.

En vista de todas estas consideraciones creo que está por demás decir que lo que se va a comentar a partir de aquí es puramente tentativo y ha de ser mirado con muchas reservas. Como he dicho, he sido la primera sorprendida de que hubiera algunas cosas algo claras o que pudieran considerarse tales y el IPA como un instrumento de posible utilidad en los estudios a nivel de grupos.

En los siguientes comentarios se tienen en cuenta las actividades aisladas y los datos agrupados por categorías y dimensiones. Estos últimos son los que se representan en las siguientes figuras, en las cuales las abreviaciones utilizadas corresponden a los siguientes términos:

T : total  
n-s: no social  
s : social  
se : sedentarias  
de : desplazamiento  
mo : movimiento  
D : dentro  
F : fuera.

La primera agrupación que hemos hecho ha sido en función del sexo. Las figuras 16 y 17 representan las gráficas respectivamente de los hombres y de las mujeres, y la figura 18, la gráfica comparativa entre ambos.

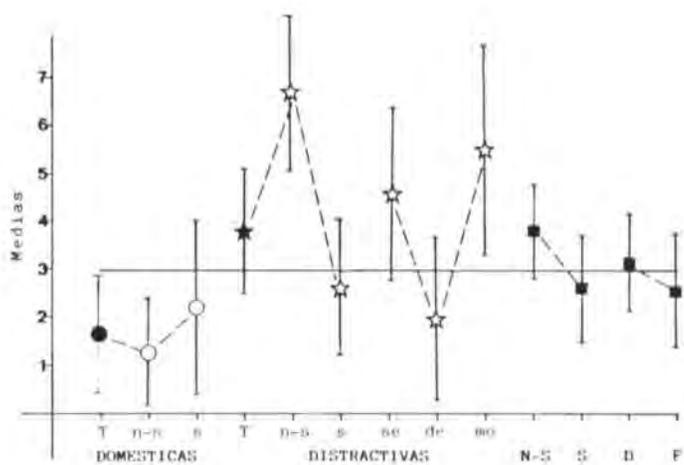


Fig. 16. - Hombres

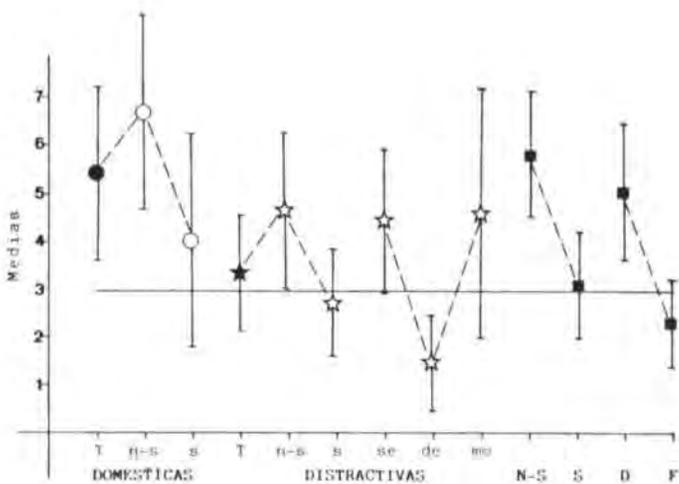


Fig. 17. - Mujeres

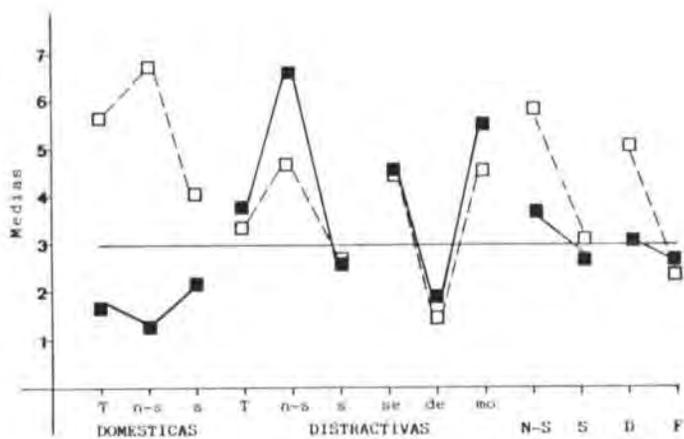


Fig. 18. - Comparación entre hombres (■) y mujeres (□).

En lo que respecta a los hombres, se observa una regularidad en la distribución de las actividades domésticas (sociales y no-sociales son prácticamente iguales y ambas bajas) y un marcado desequilibrio en la actividades distractivas, en las cuales las no sociales (ver la televisión, leer, hacer solitarios, etc.) predominan netamente sobre las sociales. En la otra agrupación, se observa un nivel muy bajo de actividades distractivas que impliquen desplazamiento.

En las mujeres la situación se invierte en cuanto a las actividades domésticas, en las cuales predominan claramente las no sociales, mientras que hay ligeramente más equilibrio entre las distractivas en función de esta dimensión. También en este caso, las actividades distractivas que implican desplazamiento están claramente disminuidas respecto a las demás.

En el análisis de las actividades aisladas, se observa un claro predominio (más de una unidad de diferencia en las medias) en función del sexo en las siguientes actividades: todas las domésticas (excepto hacer reparaciones), comprar comida y medicamentos (no otras cosas), cuidar o instruir un niño (pero no jugar con él), recibir visitas y llamar por teléfono, en el caso de las mujeres y hacer reparaciones en casa, hacer visitas, ver la tele, leer, escuchar música, jugar a cartas y dar un paseo, en el caso de los hombres.

Comparando ambos grupos en distintos niveles de edad, (no representado aquí), se observa que las diferencias son más marcadas en los jóvenes que en los mayores, como si los roles tendieran a estar más definidos

y diferenciados cuanto más jóvenes son los pacientes. Y esto es hasta cierto punto lógico. A edades menores más probable es que haya hijos que atender y que la mujer tenga que ocuparse de la casa. El esquema que se deriva de estas comparaciones es casi una caricatura. En las edades inferiores - y no hay que olvidar que estamos hablando de grupos de pacientes - la mujer tendería a cuidar la casa exclusivamente, recibiendo ayuda sólo en tipos muy determinados de actividades. Estas son, en primer lugar, las que tienen que ver con comprar sobre todo cosas que no sean comida y jugar con los niños y, en segundo lugar, actividades de bricolaje y reparaciones. Todo según el más típico estereotipo.

Los hombres verían mucho más la televisión, leerían y escucharían la radio. No hay casi diferencias en la frecuencia en que ambos sexos realizan actividades distractivas de tipo social. Las mujeres jóvenes todavía salen menos de casa que los hombres para distraerse y el conjunto de estos factores hacen que en las mujeres jóvenes predominen exageradamente las actividades (distractivas y domésticas) no sociales sobre las sociales y las a realizar dentro de casa sobre las que se realizan fuera. A medida que avanza la edad, probablemente por la menor influencia de las obligaciones relacionadas con los hijos, estas diferencias se atenuan, pero en modo alguno desaparecen.

Dejando a parte estas consideraciones de carácter más bien sociológico y que, en relación con lo que nos interesa estudiar aquí, serían unos posibles indicadores de la validez de la prueba, el hecho es que la situación descrita tiene implicaciones para el tratamiento en el dolor

crónico y estas implicaciones no son nada favorables para los varones. En efecto, resulta muy difícil aumentar su nivel de actividades funcional y de independencia cuando el ámbito que tienen más a su alcance, la propia casa, les está hasta cierto punto vetado. En gran medida ello es debido a la propia actitud de los hombres, pero muchas veces son las mujeres las que se resisten a ceder un terreno que consideran propio y que probablemente se ha hecho tal en el transcurso del tiempo.

Sea como sea, es frecuente que cuando se sugiere a un varón que realice un mayor número de actividades domésticas conteste que "Su mujer no le deja" y que esto se confirme al hablar con la esposa. De esta forma, la que podría ser quizás la mejor esfera de actividades y ejercicio - porque, si no se tiene el hábito, es difícil buscarla fuera de casa - queda vetada a muchos varones por el peso de los estereotipos y de la historia anterior.

Otro tipo de consideraciones a hacer tienen que ver con la influencia en el patrón de actividad de factores más o menos directamente relacionados con el cuadro: el tiempo de baja laboral y el tiempo de evolución. Ya se ha comentado que existe una muy baja correlación entre estos dos factores y entre cualquiera de ellos y la edad.

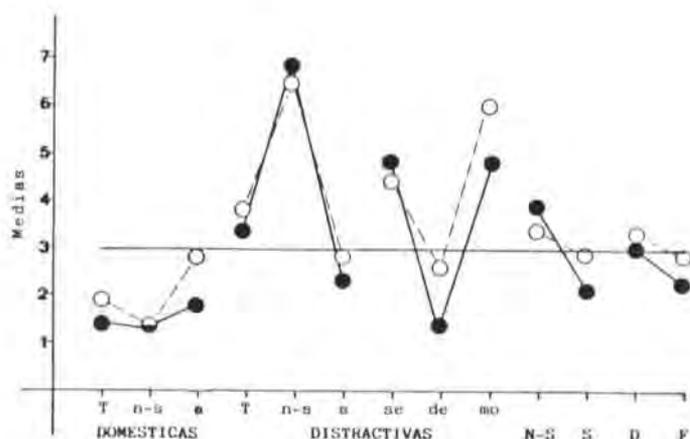


Fig. 19.- Comparación entre hombres, agrupados en función de la edad  
(○ = 49.5 años, ● = 49.5 años)

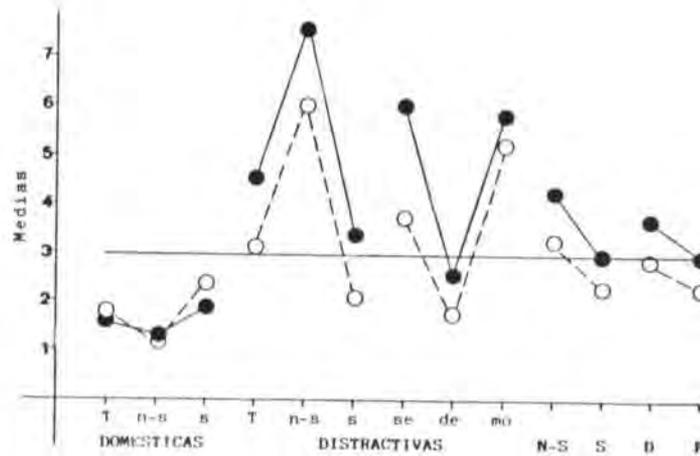


Fig. 20.- Comparación entre hombres, agrupados en función del tiempo de baja laboral.  
 (○ = 3.2 años, ● = 3.7 años.)

La influencia de tiempo de baja laboral en los hombres (figura 20) se manifiesta sobre todo a nivel de actividades distractivas. Cuanto más prolongada ha sido la baja más probable parece ser que la persona se distraiga. También podría decirse que la baja representa un incremento en el nivel general de actividad, por lo menos de las actividades medidas en este instrumento, que no tiene en cuenta las actividades laborales. Pero el incremento no es inespecífico, porque no afecta a las actividades domésticas.

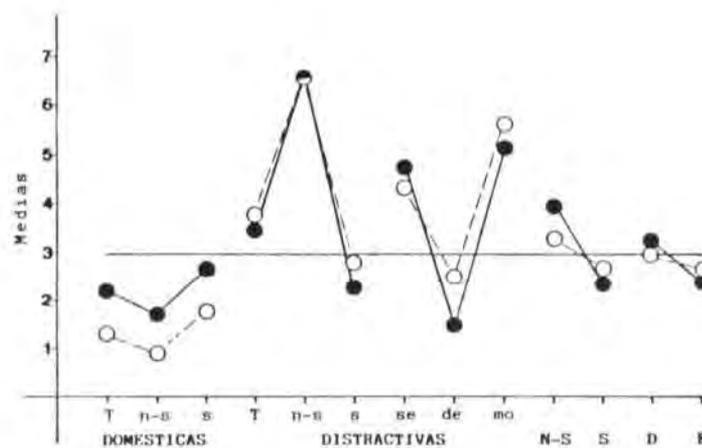


Fig. 21.- Comparación entre hombres, agrupados en función del tiempo de evolución del cuadro de dolor actual.  
 (○ = 4.8 años, ● = 4.8 años.)

Las influencias del tiempo de evolución del cuadro de dolor actual (figura 21) son menos claras y me atrevería a decir que menos marcadas, si se exceptúa la esfera de las actividades domésticas. De la figura 21 se desprendería que cuanto más tiempo lleva un hombre con

dolor, más probable es que ayude en casa y más probable es que se encierre en casa. En gran medida estas influencias son superponibles a las de la edad, como puede apreciarse en la figura 18. También en este caso se produce una disminución de las actividades distractivas que implican salir o desplazarse fuera de casa, pero en lo que hace referencia a las actividades domésticas, el tipo de ayuda se limita a las tareas que implican contactos sociales, como comprar o ayudar a otro adulto. De todas formas es curioso el que, a nivel de IPA y con todas nuestras reservas en cuanto al análisis y el tratamiento de los datos, los efectos del tiempo de evolución del cuadro de dolor sean superponibles a los del envejecimiento.

La influencia de la edad en la mujeres es más marcada que en los hombres, (figura 22). Diría que la edad influye en la probabilidad de que una mujer se dedique menos a las tareas de casa, sobre todo las que implican salir a comprar, que se encierre más en casa, pero que se distraiga algo más, especialmente con actividades no sociales.

Pensamos que la presencia de hijos era un factor que podía explicar algunas de las características de las mujeres jóvenes, de aquí que hiciéramos una agrupación entre mujeres con y sin hijos por debajo de los diez años (figura 23). Se escogió arbitrariamente esta edad por pensar que se trataba de un límite a partir del cual es normal que los niños sean algo más independientes y requieran menos de la asistencia y el esfuerzo físico de la madre.

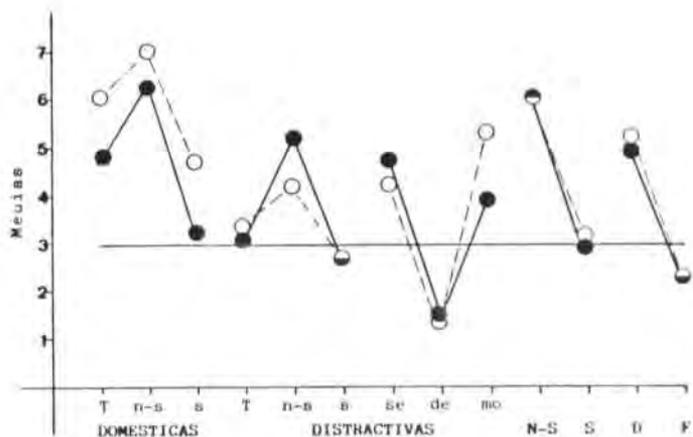


Fig. 22.- Comparación entre mujeres, agrupadas en función de la edad.  
 (○) = 43.8 años (●) = 45.8 años

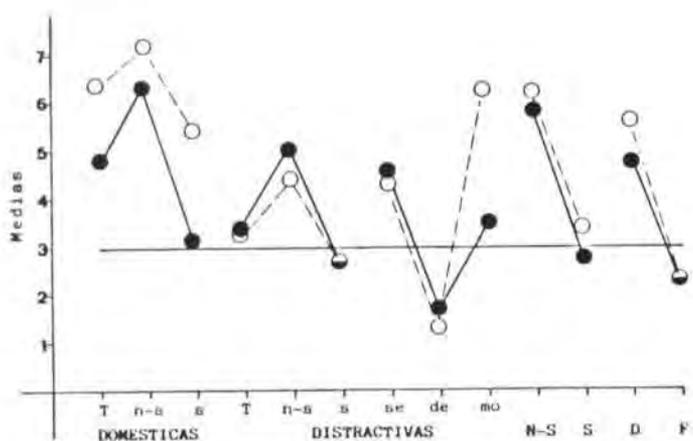


Fig. 23.- Comparación entre mujeres con (○) y sin (●) hijos menores de diez años.

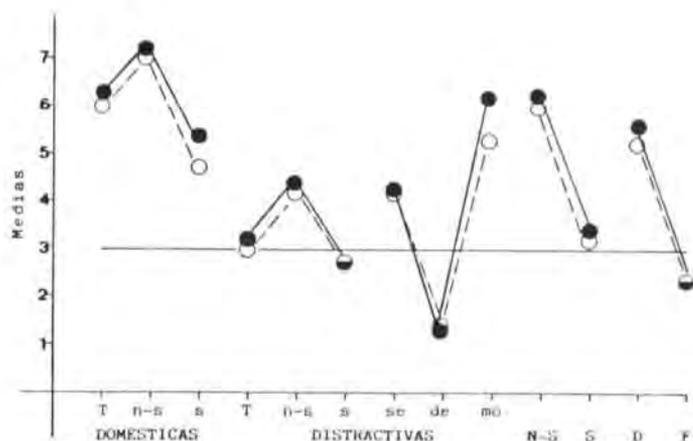


Fig. 24.- Comparación entre mujeres de edad inferior a la media (○) y mujeres con hijos menores de diez años (●).

Las diferencias entre mujeres de ambos grupos se aprecian sobre todo en las actividades domésticas (diferencia mayor que en los dos grupos por edad) y en el movimiento porque la mitad de sus items tienen que ver con jugar o levantar a un niño. Abundando más en este punto, hemos querido comparar las mujeres jóvenes con las mujeres con hijos menores de diez años (figura 24) y realmente creo que la sospecha inicial se sostiene, por cuanto las segundas presentan exactamente el mismo tipo de gráfica que las primeras pero más acentuado en cuanto a las peculiaridades que las diferencian de las mujeres de más edad.

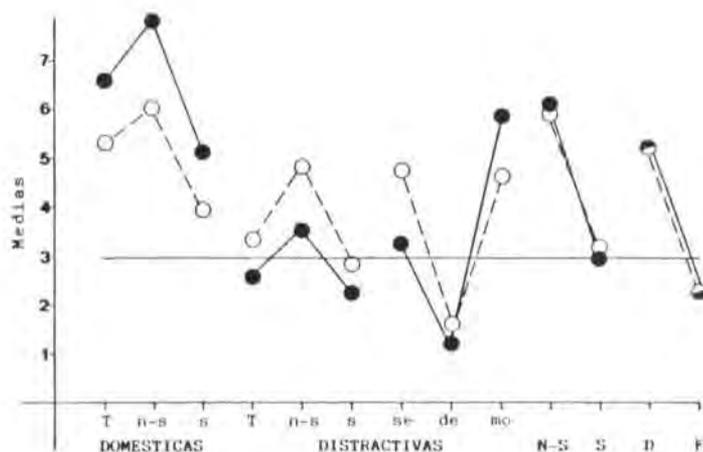


Fig. 25.- Comparación entre mujeres, agrupadas en función de tiempo de baja laboral.  
○ 5.2 años ● 5.2 años

La influencia del tiempo de baja laboral (figura 25) sigue en las mujeres una línea distinta que en los hombres. Ya se comentó que la baja laboral no tiene la misma significación en uno y otro sexo. En las mujeres existe una menor relación entre interrupción del trabajo fuera de casa y cuadro de dolor actual: es más frecuente que se produzca, cuando se produce, por razones familiares. Cuanto más prolongada sea esta baja más probable sería que la mujer se dedicara a

Ta casa y menos que se distrajera, al revés de lo que pasaba en los hombres.

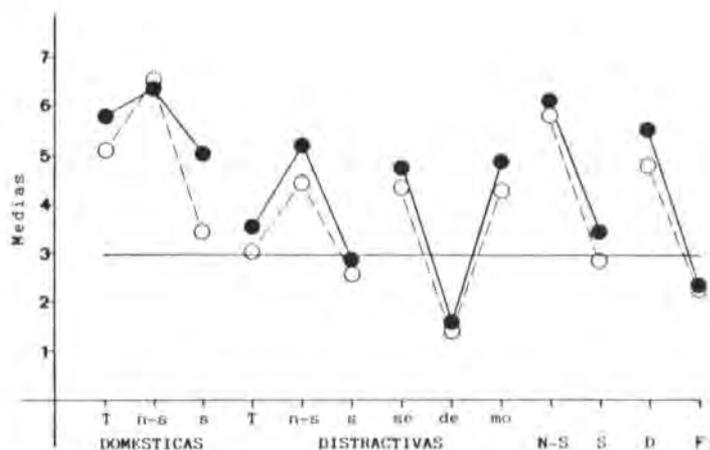


Fig. 26.- Comparación entre mujeres, agrupadas en función del tiempo de evolución del cuadro actual.  
(  $\circ$  <math>< 4</math> años       $\bullet$

La evolución (figura 26), por último, tendría, básicamente, un efecto aumentador del nivel de actividad, discreto pero constante en todos los ámbitos considerados. Cómo puede interpretarse este dato es algo que se me escapa.

El único intento de estudio comparativo-normativo que hemos realizado ha consistido en obtener información en este ámbito a partir de esposas de pacientes. En un primer tiempo, mi idea fue de comparar los patrones de actividad de los dos cónyuges, luego vi que el sexo influía más que la unidad o el posible estilo familiar. No se han reunido muchos protocolos de este tipo: seis esposas y un marido. Con carácter tentativo, como siempre, pero quizás más en este caso, se van a comparar los datos obtenidos en las mujeres de pacientes con los de mujeres pacientes.

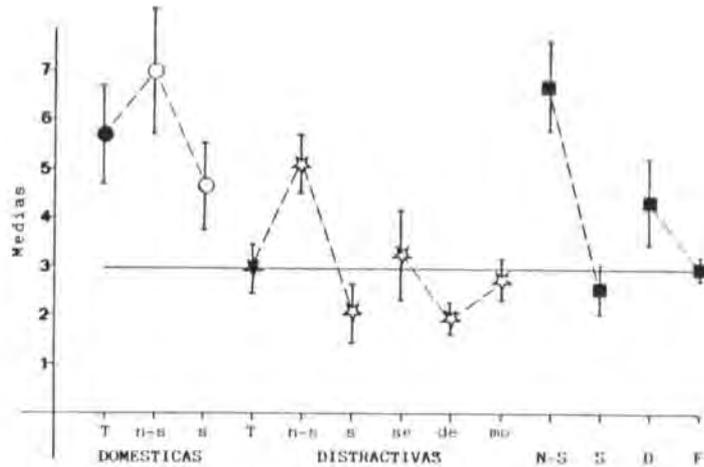


Fig. 27.- Esposas de pacientes.

Lo que se observa, en primer lugar, en la figura que recoge los datos de las esposas de pacientes (figura 27) es una menor dispersión de los resultados: es como si se tratase de un grupo más homogéneo. También es cierto, por otra parte, que el número es muy inferior. Destaca también el hecho de que, dentro de las actividades distractivas, las desigualdades en la dimensión de sedentarismo - desplazamiento - movimiento son mucho menores, existe claramente un equilibrio.

Por lo demás, las gráficas de las esposas de pacientes coinciden mucho con las de las pacientes. Las diferencias son sólo de número, pero las proporciones de las diversas esferas son equivalentes. Podríamos decir que una paciente con dolor crónico, en cuanto a las actividades funcionales, se parece más a otra mujer que a un paciente con dolor crónico. Tampoco creo que se pueda hablar propiamente de grupo normativo en este caso porque, si bien se trata de personas sanas, por lo menos no son ellas las que han acudido a la consulta, también es cierto que pertenecen al mismo núcleo de un paciente.

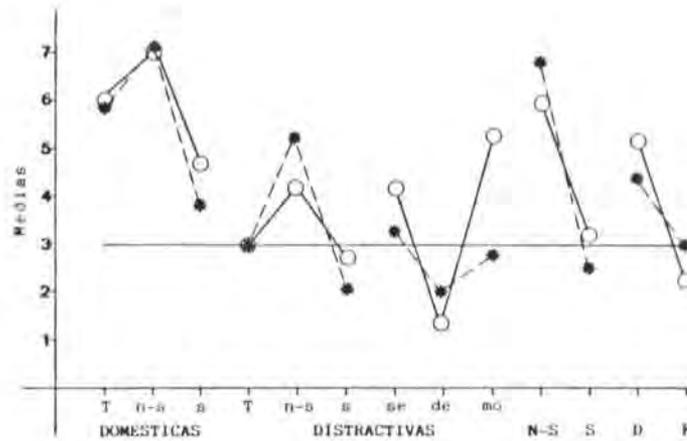


Fig. 28. - Comparación entre esposas de pacientes (●) y mujeres de edad inferior a la media, 43.8 años (○).

En las figuras 28 y 29 se comparan las pacientes con las esposas, separando aquéllas en grupos de edad. De hecho, las esposas pertenecerían al grupo de las mujeres de mayor edad. Sin embargo, me ha resultado muy difícil decidir si existen más puntos de semejanza con las pacientes mayores o con las más jóvenes, más bien parece tratarse de un grupo intermedio. Respecto a sus coetáneas, presentarían una mayor tendencia a ocuparse de las cosas de casa, con lo cual se daría una cierta validez o apoyo a la idea, sostenida por algunas pacientes, de que han ido disminuyendo su nivel de actividad.

Pero esta conclusión aparentemente razonable queda en parte entredicho por el incómodo dato de la bajísima correlación entre edad y tiempo de evolución del cuadro. Lo único que quizás se pueda pensar es que se produce la intersección de dos factores, la edad y la presencia de un cuadro de dolor crónico, y su combinación daría lugar a una disminución en el nivel de actividad sobre todo de tipo

doméstico.

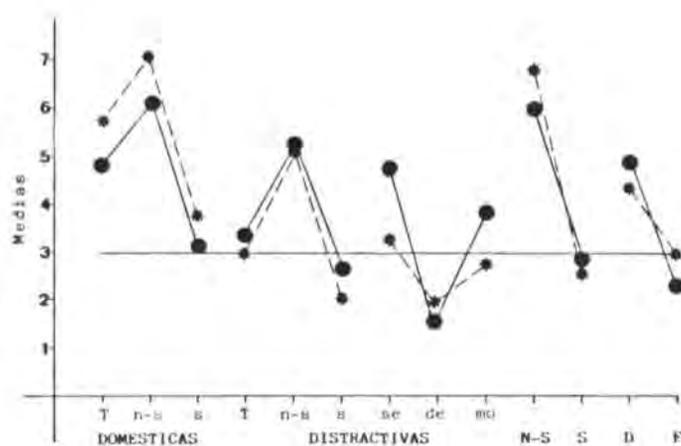


Fig. 29. - Comparación entre esposas de pacientes (●) y mujeres de edad superior a la media, 45.8 años (●)

En cuanto a la esfera distractiva, se aprecia que las mujeres de pacientes presentan aún menos actividades sociales que las propias pacientes. Quizás esto sea consecuencia de la restricción en este ámbito por parte del marido. Hubiera resultado interesante ver si con los maridos de pacientes también se producía este factor de "arrastre". De todas formas, esto nos ha de hacer pensar en la necesidad de proceder siempre con mucha cautela la hora de considerar un dato como indicativo de patología. En nuestro caso, algo que a primera vista se hubiera podido considerar como un dato claramente desfavorable, el desequilibrio entre las actividades sociales y las no sociales, resulta que se presenta aún más marcado en personas consideradas sanas y adecuadamente funcionantes.

Por último, como se ha comentado, en la clasificación de las actividades distractivas según la dimensión de desplazamiento-sedentarismo se aprecia una mayor homogeneidad y equilibrio en las mujeres de pacientes. También en este ámbito parecen constituirse como un grupo intermedio. Las mujeres de más edad son las que realizan más actividades distractivas sedentarias, las de menos edad las que realizan más actividades que implican movimiento y las esposas de pacientes, más actividades que implican desplazamiento. A mi entender y, por supuesto, con todas las reservas, esta observación indicaría nuevamente una situación de intersección de dos aspectos: la edad y el cuadro patológico. La edad influiría en la diferenciación sedentarismo - movimiento y el cuadro en la diferenciación sedentarismo - desplazamientos. Me hubiera interesado disponer de más casos para ver qué pasa realmente en este sentido y si esta sospecha se confirma.

### INFORMACION RECOGIDA MEDIANTE OBSERVACION DIRECTA

También en nuestro trabajo limitamos la observación directa a recoger información sobre aquellas esferas susceptibles de no presentar modificaciones importantes en el ambiente clínico: las conductas de dolor y la ejecución de ejercicios motores durante la determinación del nivel basal conductual. La observación de los dos aspectos se realizaba simultáneamente.

Dichas observaciones se llevaron a cabo en las instalaciones del Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico. Las sesiones de determinación de nivel basal fueron sistemáticamente diez en todos los pacientes, a razón de una diaria, respetando los fines de semana. Se procuraba que fueran a la misma hora para cada paciente y habitualmente se efectuaban a primera o a última hora de la mañana, por ser los momentos en que estaban más despejadas las instalaciones, y se interfería menos en las normales actividades del Servicio. Para las sesiones de tratamiento se seguía la misma rutina, en cuanto a frecuencia de sesiones y horas.

La información se recogía utilizando un tablero (ver fig. 30) de construcción artesanal en el cual estaba el cronómetro, una calculadora, que servía como contador y las hojas de registro. En el anexo 5 se incluye una de estas hojas. Como puede verse en la misma, la información que allí se recogía consistía en el número de repeticiones de cada ejercicio, el tiempo total destinado a ello, la topografía de ejecución y las conductas de dolor.

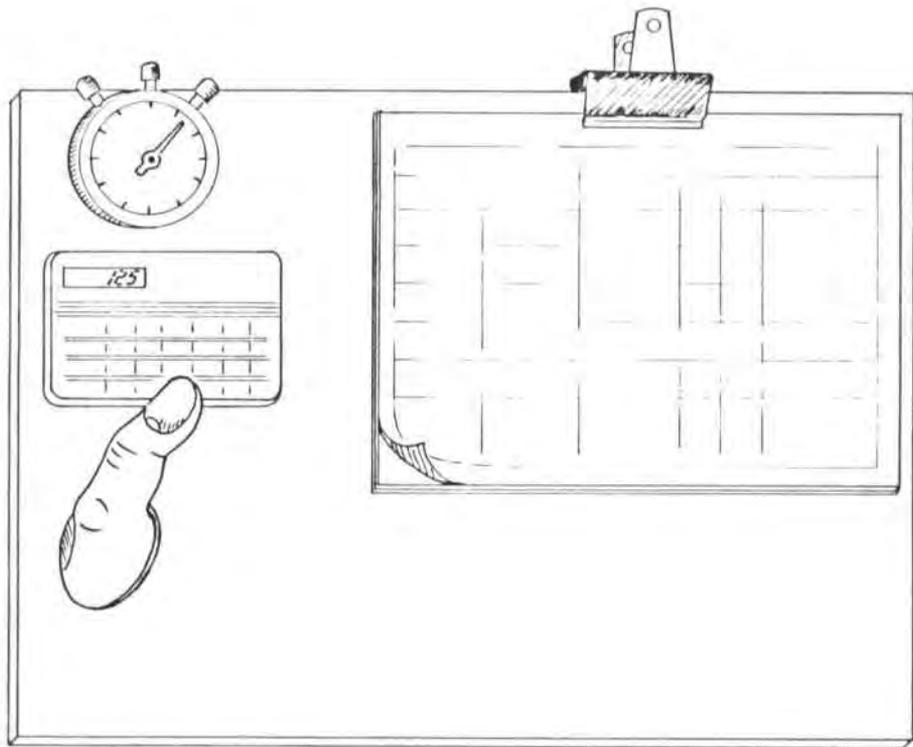


Fig. 30.- Tablero para la recogida de datos.

### OBSERVACION DE LAS CONDUCTAS DE DOLOR

Se registraron tres categorías de conductas de dolor:

Verbales

Vocales (vocalizaciones)

Motóricas.

Las conductas verbales se registraban lo más exactamente posible, transcribiendo las palabras usadas por el paciente. Las conductas vocales (que incluían suspiros, gemidos, y "ayes") y las motóricas sólo se registraban indicando sus instancias, sin especificar. Cuando un comportamiento podía considerarse como perteneciente a dos categorías, por ejemplo, decir "No puedo más" al mismo tiempo que se emite un suspiro, era registrado en ambas.

Se efectuaba un registro de frecuencias diferenciando tres posibles situaciones: antes, durante y después de la realización de un ejercicio. En la hoja de registro, la zona destinada a anotar las conductas de dolor, se dividía en tres partes, una para cada tipo de conductas y cada instancia era registrada indicando el momento en que se producía. Las conductas verbales eran reproducidas en la zona destinada a observaciones. Existía, asimismo, una hoja de registro más completa y con mayor espacio, que se destinaba a una sesiones determinadas, en las cuales uno de los dos observadores se dedicaba exclusivamente a registrar las conductas de dolor.

En una primera fase se revisaban las observaciones tras cada sesión, comparando los registros. Posteriormente, se hizo una grabación en "Video" de una sesión con un sujeto especialmente útil en este sentido, ya que presentaba múltiples conductas de dolor, con la intención de que sirviera para preparar posibles nuevas personas que se incorporaran a este trabajo. Al no presentarse esta posibilidad, destinamos la cinta a calcular la fiabilidad entre los observadores habituales.

El que se destinaran una sesiones especiales a recoger información sobre este aspecto se debía al hecho de que era imposible atender al paciente, observar sus topografías, anotar los datos del nivel basal conductual y registrar adecuadamente todas las conductas de dolor. De aquí que se destinara una persona sólo a ello en sesiones determinadas, generalmente la primera, una de en medio y la última.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron tan banales que bien pronto dejaron de interesarnos, y seguimos registrando estos datos sólo por si aparecía algún hecho especial para cuya explicación necesitáramos esta información.

En primer lugar, como era de esperar, la topografía de las conductas de dolor variaba en función de los ejercicios y de la proximidad física del observador. Por ejemplo, eran predominantemente verbales o vocales cuando se trataba de los primeros ejercicios, durante cuya realización el observador estaba sentado al lado del paciente y eran fundamentalmente motóricas cuando el paciente tenía que andar, actividad durante la cual, evidentemente, se alejaba del observador.

Una situación intermedia representaba el pedalear, que era la actividad en la cual, a pesar de que el observador estaba cerca, se emitían menos conductas de dolor, de cualquier tipo.

Además que en la topografía, el tipo de actividad influía en la cantidad de las conductas de dolor. El ejercicio que daba lugar a un mayor número de ellas era el levantar y desplazar un peso, seguido por doblar las rodillas encima del abdomen.

Un tercer tipo de datos se refiere a los efectos de la atención social sobre estas conductas, que también son absolutamente banales. Durante la fase de nivel basal conductual, al igual, por supuesto, que en la fase de tratamiento, los observadores no respondían a las conductas de dolor. Esto era tajante en el caso de conductas vocales o motóricas y algo más relativo en el de las verbales. En este caso se contestaba con evasivas o se cambiaba de tema o, si era imprescindible, se daba una respuesta escueta. Esta forma de respuesta social produjo, como era previsible, una disminución en la frecuencia de las conductas de dolor, hasta llegar a su desaparición en muchos casos.

Sin embargo, este efecto fue, hasta cierto punto, selectivo y esta es la razón por la cual consideramos pertinente subdividir las situaciones de observación no sólo según los tipos de ejercicios realizados sino también del momento respecto a cada ejercicio. La disminución en frecuencia fue mucho más marcada en los momentos entre ejercicios, momentos típicamente de interacción social, y menor durante la realización de los mismos. Nuestra interpretación era que la simple presencia del observador bastaba para mantener un cierto grado de conductas de dolor. Evidentemente consideramos que el contexto en el cual nos encontrábamos también influía en ello.

Como se ha dicho, bien pronto dejó de interesarnos el recoger información sobre estas conductas, como elemento del estudio porque no daba ningún dato nuevo. Pero la razón principal fue que no consideramos un objetivo del tratamiento el intervenir respecto a estas conductas. Lo que nos hubiera parecido interesante es intervenir

en esta ámbito pero en el ambiente natural o en situaciones más normales. Hasta cierto punto es perfectamente adaptativo el manifestar conductas de dolor en un ambiente médico: se va casi sólo para esto.

Ni siquiera consideramos que, de haber podido incidir en esferas más significativas para la adaptación y rehabilitación del paciente, nos hubiera interesado ocuparnos de estas conductas. De haber podido incidir en estas esferas, por ejemplo, a través de un tratamiento de terapia ocupacional o de rehabilitación funcional no meramente de ejercicios físicos, lo que nos hubiera interesado es trabajar los repertorios adaptativos adecuados, por ejemplo, técnicas más eficaces de comunicación. Por consiguiente, como se ha dicho, seguimos registrando estos aspectos por la información complementaria que nos pudieran aportar pero de ninguna forma los hemos considerado importantes o iluminadores en este estudio. Lo único que nos parece significativo y digno de ser señalado es el hecho de su disminución en concomitancia con el aumento de rendimiento en las ejecuciones de ejercicios motores.

### NIVEL BASAL CONDUCTUAL

Los ejercicios realizados fueron los mismos en todos los pacientes porque todos presentaban una misma localización central de dolor: la localización lumbar baja. Los ejercicios se seleccionaron siguiendo los mismos criterios que apunta Fordyce (1976) : la pertinencia al tipo de cuadro o localización del dolor, la posibilidad de ser contados en unidades distintas que la duración y representar elementos de comportamientos aptativos complejos. Por último, tuvimos en cuenta que todos los ejercicios pudieran ser realizados por el paciente en su casa, sin necesidad de instrumental<sup>o</sup> aparatos especiales.

Respecto al primer punto, consultamos a los profesionales del Servicio de Rehabilitación, que nos asesoraron sobre cuáles ejercicios eran preferibles para tonificar la musculatura abdominal o paravertebral. A partir de aquí, seleccionamos seis tipos de ejercicios que, normalmente, se realizaban siempre en el mismo orden:

1. Levantar o flexionar el tronco estando en decúbito supino
2. Doblar la rodillas sobre el abdomen, estando también en decúbito supino.
3. Levantar y volver a dejar en el suelo un peso de unos cinco kilos, flexionando las rodillas y sin doblar la columna.
4. Pedaleo en una bicicleta estática

5. Subir y bajar escaleras

6. Andar.

En la fase de determinación del nivel basal, los ejercicios se realizaban en función de la tolerancia del paciente. Se le decía lo que tenía que hacer y que hiciera de cada ejercicio tantas repeticiones como pudiera. Cuando considerara que no podía hacer más, tenía que decirlo y se descansaría unos momentos, para pasar a la siguiente actividad. Lo único que se le pedía era que cuando parara fuera definitivo, que no se detuviera a descansar.

Cuando el paciente indicaba que había terminado, se anotaban los datos sin hacer ningún comentario sobre su ejecución. Excepto cuando era imprescindible, por norma general en las primeras sesiones, si había que rectificar algún aspecto de su ejecución, por ejemplo, la topografía, se anotaba y se le indicaba al principio de la siguiente sesión. Durante la ejecución de los ejercicios el observador estaba cerca del paciente registrando o anotando lo que fuera pertinente pero sin mantener conversación.

Los datos que se recogían consistían en el número de repeticiones de cada ejercicio y el tiempo total destinado a ello. Estos datos directos eran convertidos en tasas (nº de repeticiones por unidades de medio minuto). En el caso de las escaleras y andar, durante la realización del trabajo se consideraron como unidades, bloques totales. En las escaleras, cada unidad estaba constituida por subir y bajar siete escalones, en el andar, cada unidad estaba constituida por un

recorrido de 20 metros. En ambos casos se calculó también la duración de cada una de estas unidades.

Sin embargo, para poder comparar los resultados se han convertido todos los datos al mismo tipo de medida, con lo cual para las escaleras, se considera el número de escalones subidos o bajados en 30 segundos y para el andar, el número de metros recorridos en este tiempo.

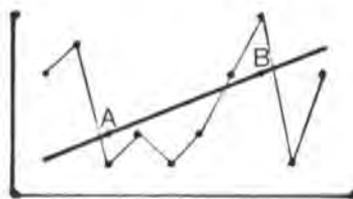
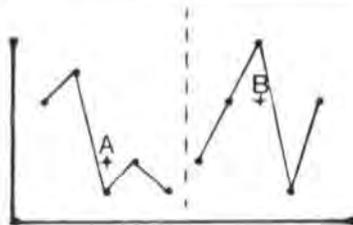
Los datos de frecuencia y tasa eran registrados en una hoja para cada ejercicio, de tal forma que en la misma hoja cupieran los datos correspondientes a las sesiones de determinación del nivel basal, de tratamiento y de seguimiento.

En el anexo 5 se incluyen hojas de registro de algunos pacientes. Respecto a la información que se ha utilizado durante el trabajo, se omiten los datos sobre duración unitaria de escaleras y andar, pero, por lo demás, son una copia exacta de las originales.

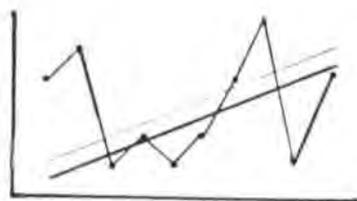
## ANALISIS DE LOS DATOS

Además de observar los datos directos de frecuencia y tasa, nos ha interesado disponer de algún tipo de procedimiento que nos permitiera establecer comparaciones entre nivel basal y tratamiento así como entre niveles basales de distintas personas. El método que nos ha parecido más útil y más sencillo es estudiar la tendencia del registro de nivel basal, mediante el procedimiento descrito por White (1974) bajo el nombre de "Split middle line".

Los pasos para calcular esta línea son los siguientes (Hersen y Barlow, 1976):



1. Dividir los datos en dos grupos iguales, en nuestro caso, 5 y 5.
2. Para el primer grupo, hallar un punto (A) cuyas coordenadas son la abscisa del dato medio (en nuestro caso, la 3a sesión) y la mediana de estos 5 datos.
3. Repetir el procedimiento para un punto (B) correspondiente a la segunda mitad de los datos
4. Unir A con B



5. Trazar una línea paralela a ésta tal que por encima y por debajo de ella esté el mismo número de datos. Esta línea es la "Split middle line".

## RESULTADOS

Los datos individuales se pueden apreciar mejor comparando el nivel basal y el tratamiento, por lo que se comentarán en el lugar correspondiente. Únicamente interesa destacar aquí la escasa relación entre el número y la tasa. Nosotros hemos considerado siempre la tasa, porque era lo que más permitía comparaciones entre nivel basal y tratamiento. En efecto, en este último, el terapeuta interviene indicando el número de repeticiones de cada ejercicio que el paciente tiene que realizar pero no le dice nada respecto al tiempo en que tiene que hacerlo. Al estar en manos del paciente decidir en este sentido, nos pareció un dato más válido para poder medir la eficacia del tratamiento.

Los siguientes resultados se refieren a grupos de pacientes (32, en total) y han sido obtenidos a partir de las "Split middle lines", representando la recta que une la mediana de todos los niveles iniciales con la mediana de todos los niveles finales. Se trata, pues, de medidas muy indirectas y quizás esto explique lo poco informativos que son estos resultados. En las figuras 31 a 35 se representan

algunos de los datos de grupos obtenidos.

Lo único claro que se puede decir es que existe una diferencia muy marcada entre las tasas de dos conjuntos de ejercicios: los tres iniciales (tronco, rodillas y peso) y los tres finales (bicicleta, escaleras y andar). Esto estaría en parte justificado por el hecho de que se trata de actividades que requieren para su ejecución de tiempos muy distintos: no se tarda lo mismo en dar un golpe de pedal que en incorporarse y volverse a tumbar. Desde luego esto es cierto para el levantar y volver a dejar en el suelo un peso.

Pero me pregunto si estas diferencias son tan importantes como para explicar esta gran disparidad o si no intervendrán también factores de práctica. En efecto, tanto subir y bajar escaleras como andar es algo que los pacientes hacen normalmente y en lo cual están hasta cierto punto entrenados. Los otros ejercicios eran nuevos para ellos.

Por lo demás, como se ha dicho, nos resulta difícil sacar conclusiones de grupo o que se refieran a claras tendencias en función de los agrupamientos. Quizás lo más interesante a destacar sea precisamente este hecho, que no se pueda apreciar una tendencia clara en los datos, como podría ser, por ejemplo el que sistemáticamente obtuvieran un mejor rendimiento las personas más jóvenes o las que llevaran menos tiempo de evolución respecto al grupo simétrico.

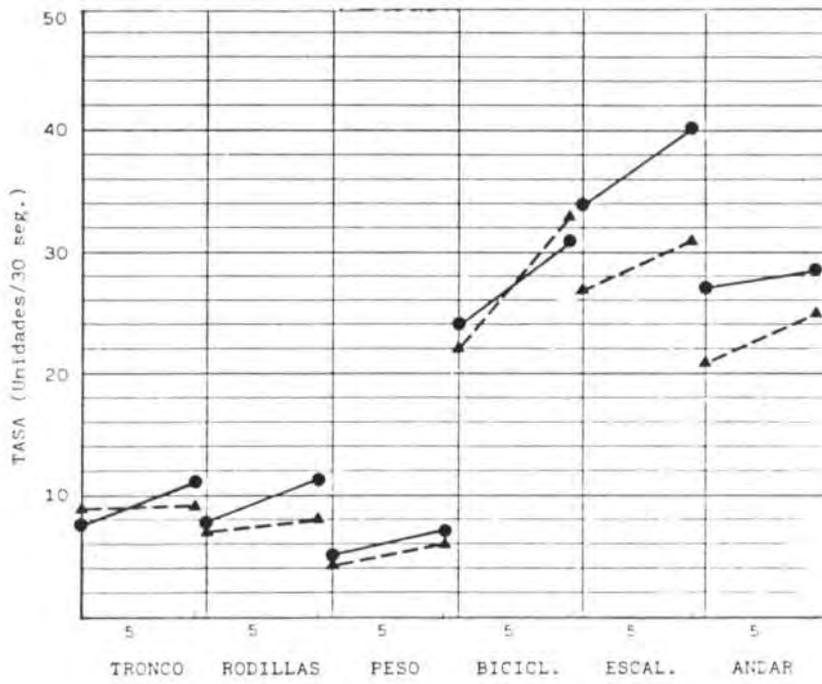


Fig. 31.- Nivel basal conductual. Comparación entre hombres (▲) y mujeres (●).

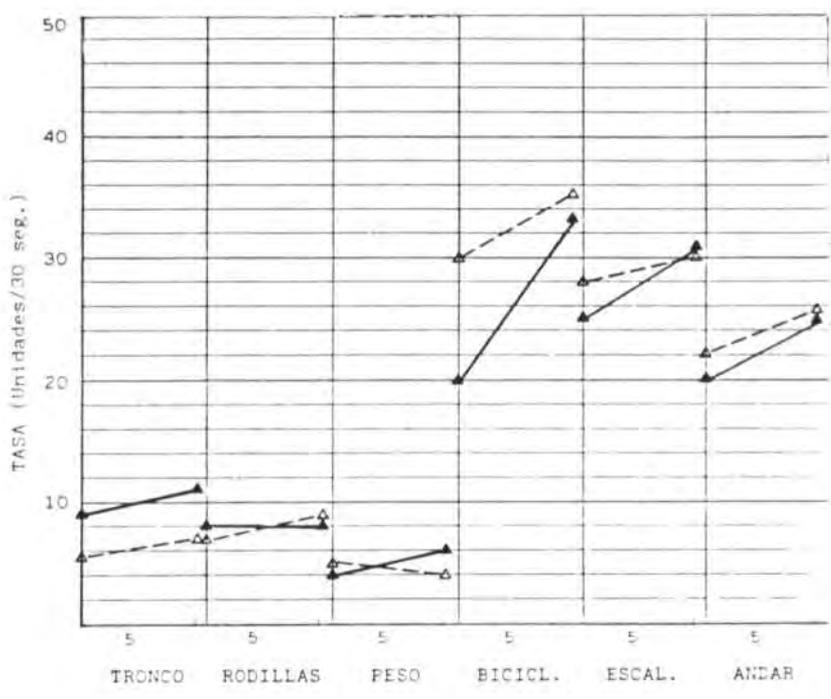


Fig. 32.- Nivel basal conductual. Comparación entre hombres, agrupados en función de la edad. (  $\triangle$  <math>< 49.5</math> años       $\blacktriangle$  <math>> 49.5</math> años )

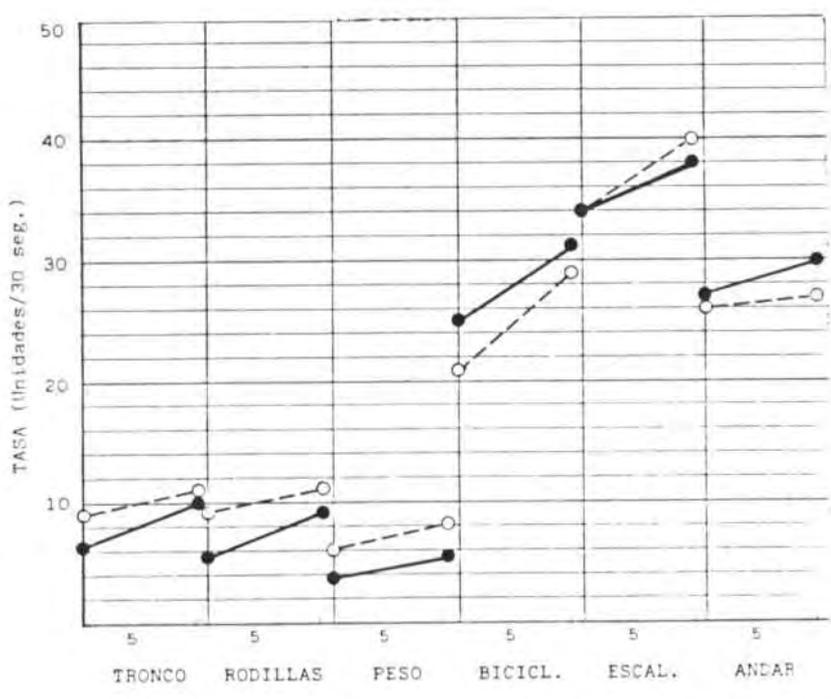


Fig. 33.- Nivel basal conductual. Comparación entre mujeres, agrupadas en función de la edad. (  $\circ$  <math>< 43.8</math> años       $\bullet$  <math>> 43.8</math> años )

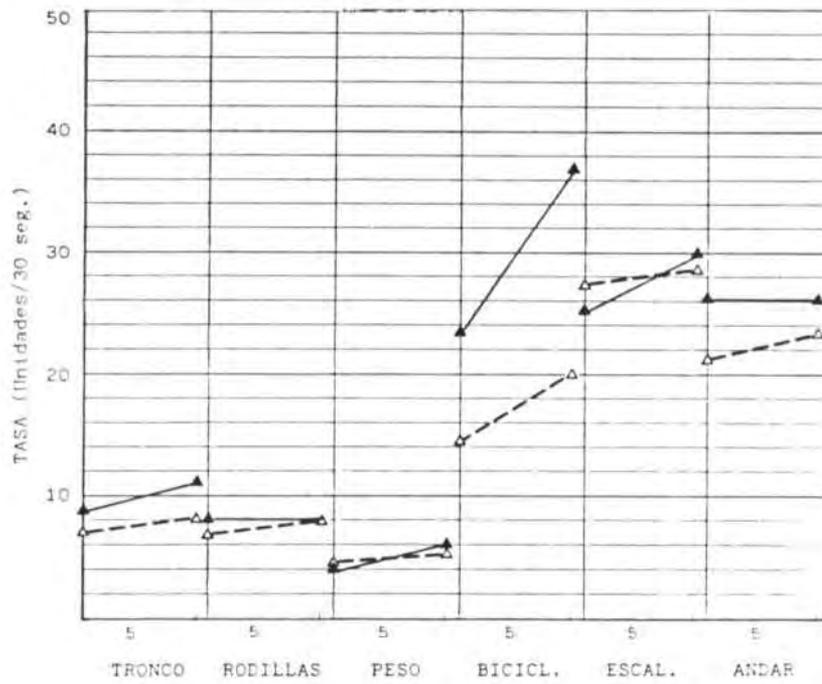


Fig. 34.- Nivel basal conductual. Comparación entre hombres, agrupados en función del tiempo de evolución del cuadro actual. ( Δ < 4.8 años      ▲ > 4.8 años)

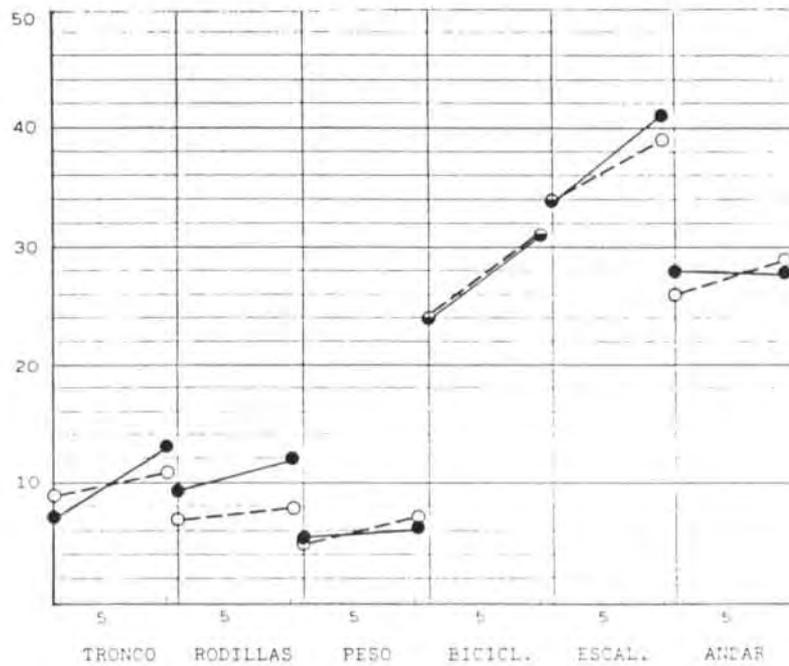


Fig. 35.- Nivel basal conductual. Comparación entre mujeres, agrupadas en función del tiempo de evolución del cuadro actual. ( ○ < 4 años      ● > 4 años)

A continuación y sólo de una forma tentativa vamos a referir aquellos datos que consideramos interesantes. En primer lugar el hecho de que la tendencia de los niveles basales considerados tanto individual como grupalmente sea ascendente, es decir que los pacientes vayan mejorando o incrementando la tasa de ejecuciones (mayor número en igual tiempo o igual número en menor tiempo) simplemente en la fase de determinación del nivel basal.

Este dato coincidiría con los resultados de un trabajo de Fordyce (1980) en el cual se demostraba que los pacientes con dolor crónico se comportaban igual en cuanto al incremento en sus ejecuciones que individuos voluntarios sanos: ambos duplicaban su número de ejercicios a las cuatro sesiones. Ahora bien, esto se producía solamente cuando los pacientes carecían de indicadores externos, por ejemplo un cuentavueltas en la bicicleta estática, para averiguar el grado de esfuerzo - que era variable - que la tarea exigía.

En cambio, cuando el paciente disponía de esta información, sus rendimientos se mantenían aproximadamente iguales a lo largo de las sesiones. Esto ha llevado a Fordyce a pensar que la evitación del ejercicio físico es debida más que a los efectos directos sobre el cuadro de dolor, a lo que él llama "Sobrecautela supersticiosa" ("Superstitious overguarding"), relacionada con la creencia que el esfuerzo incrementa el dolor o puede constituir un peligro de agravamiento.

Las relaciones de la ejecución con la edad aparecen ligeramente más claras en las mujeres que en los hombres. Las mujeres de edad inferior a la media mostrarían unas mejores ejecuciones en las tres primeras actividades, pero serían inferiores en cuanto a las actividades de pedalear, subir y bajar escaleras y andar. En los hombres, a mi entender, los datos son absolutamente variables y hacen imposible apreciar una tendencia en cualquier sentido. Las influencias en la ejecución del tiempo de evolución del cuadro también son de imposible determinación para mí. Incluso son menores o menos aparentes que las de la edad, en uno y en otro sexo.

En resumen, pues, no es posible apreciar una tendencia clara. Sería una cuestión a dilucidar con ulteriores estudios si esto es debido a que las medidas empleadas son excesivamente indirectas o a escasos recursos de análisis por mi parte o bien realmente refleja lo que sucede, y lo que sucede es que ninguno de los factores considerados es crítico para explicar las diferencias en ejecución motora.

Mi opinión personal es que este último factor influye. Como siempre, el trabajar en función de la tolerancia deja la puerta abierta a la influencia de tantos factores, son tantos los elementos que determinan o pueden determinar la toma de decisión de que una persona ya no puede continuar realizando un determinado ejercicio que pretender organizar y agrupar estos datos y buscarles una significación como indicativos de algo, me parece más un ejercicio estilístico que de real utilidad.

Creo que es mucho más útil observar las respuestas en ejecuciones inducidas, según un concepto de nivel basal propiamente conductista, que no en las condiciones naturales o espontáneas. De aquí que considere más informativos los datos derivados de la aplicación del tratamiento, que no éstos. En estos casos en los que se sospecha la influencia de numerosos y desconocidos factores a todos los niveles de la ejecución, incluida la toma de decisión de detenerse, creo que el procedimiento de recogida de información más adecuado consiste en crear unas condiciones y observar cómo responde el individuo dentro de ellas. De esta forma, por lo menos controlamos o conocemos un cierto número de variables.

Es el mismo razonamiento que hace defender a Sidman (1963) la conveniencia de efectuar estudios farmacológicos conductuales con niveles basales estables, inducidos, por ejemplo, mediante la aplicación de un programa de reforzamiento, respecto al estudio del sujeto en condiciones basales "naturales", dado que éstas suelen ser un conjunto desconocido de combinaciones desconocidas.

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO

## TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Cuando se toman en consideración los factores relacionados con el tiempo de evolución, que son los que en gran medida definen el problema, todos los tratamientos del dolor crónico consisten fundamentalmente en rehabilitación. Dicho con otras palabras, en la categorización de agentes responsables de las distintas fases de un cuadro a los cuales se hacía referencia en la introducción, el tratamiento del dolor crónico se dirige fundamentalmente a combatir las causas mantenedoras.

Aunque los factores lesionales implicados en el cuadro de dolor fueran accesibles y susceptibles de ser resueltos y las causas desencadenantes, de ser eliminadas, el prolongado tiempo de evolución hace necesario que el tratamiento aborde los elementos constituidos por los hábitos aprendidos (posiblemente desadaptativos) en relación con el dolor y tomar en consideración los ajustes que el paciente haya tenido que hacer en su adaptación o en su estilo de vida. A esto se hacía referencia cuando, en la introducción, se decía que, si de golpe se pudiera eliminar el dolor, es muy posible que el paciente siguiera teniendo problemas.

El tratamiento, pues, no ha de ser entendido como el simple ir a eliminar LA causa, sino como en una readaptación o normalización de la vida del paciente, y esto es precisamente en lo que consiste o tendría que consistir la rehabilitación.

Es obvio que todo tipo de estrategia terapéutica está vinculada al esquema conceptual que se tenga respecto al problema en cuestión. Dentro del campo del dolor crónico los tipos y estrategias de tratamiento dependerán del modelo explicativo del dolor propio de cada autor. Esto es cierto incluso en los tratamientos eclécticos, que, como se verá, son los más frecuentes. En este caso, el esquema conceptual subyacente consistiría en un "modelo" ecléctico, desde cuya perspectiva se considera el fenómeno en cuestión como una yuxtaposición de parcelas o "niveles" delimitados, cada uno susceptible de su explicación particular y de una táctica de intervención particular.

Este riesgo es más probable en el campo del dolor crónico, dada la ausencia de un modelo explicativo del mismo de general validez. En el único punto en que parece haber acuerdo entre los diversos autores es que se trata de un fenómeno multidimensional y de aquí que su tratamiento tenga que ser forzosamente multidisciplinario. La constatación de este hecho y, de una forma aún más decisiva, el considerar el dolor crónico, más que como una manifestación secundaria a otra entidad clínica, como una enfermedad en si misma, llevaron a la creación y a la actual proliferación de las Clínicas del Dolor, ámbito en el cual ha sido pionero Bonica (1964), con la Clínica del Dolor de la Universidad de Washington.

Estas instituciones representan un claro progreso en el tratamiento del dolor crónico ya que permiten la coordinación de los diversos profesionales y ámbitos de estudio del mismo. Desde luego, representan una excelente alternativa al sistema de "derivar" los pacientes a los distintos profesionales, con el consiguiente riesgo sobre todo de no tener acceso a la información que el paciente, diferentemente estudiado, puede ofrecer. Pero, por ahora, todavía no han constituido un claro antídoto a la simple superposición de conocimientos ni al peligro principal en el estudio de los fenómenos-encrucijada como es el dolor crónico: el peligro del eclecticismo y de la acumulación que no la integración de conocimientos y esquemas explicativos.

Enumerar todos los tipos de tratamientos del dolor crónico y que se aplican en las clínicas del dolor sería larguísimo y tediosísimo. Baste indicar que la aparición de estas instituciones ha coincidido con el hecho de que, en primer lugar, se concentraran y se incrementaran las novedades en el ámbito de los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos, estos últimos sobre todo a partir de los descubrimientos sobre los mecanismos de acción y de liberación de los péptidos opiáceos. Además de estos tipos de tratamientos, es habitual que en una clínica del dolor se apliquen algunas o todas las siguientes modalidades terapéuticas: boqueos nerviosos, electroestimulación transcutánea, acupuntura, tratamientos con antidepressivos, "biofeedback", relajación, hipnosis, terapias de grupo, entrenamiento asertivo, desensibilización sistemática y terapia de conducta, modificación de conducta o "programas operantes" y terapias cognitivas en sus distintos tipos (autocontrol, inoculación

de estrés, etc.),

Pero, pese a esta gran variedad de modalidades, existen unos objetivos comunes de las clínicas del dolor que se traducen en programas bastante generalizados en los siguientes ámbitos: tratamientos de desintoxicación para combatir el abuso y la posible adicción a psicofármacos y analgésicos narcóticos, tratamientos de removilización, destinados a incrementar la capacidad motora y la resistencia muscular del paciente y un tipo u otro de readaptación funcional o terapia ocupacional. Estos serían los objetivos básicos y sistemáticos de la mayoría de programas en las clínicas del dolor y cada una articularía su consecución con métodos específicos.

Un segundo elemento común tiene que ver con el hecho de que se trata de pacientes crónicos y que, como siempre en estos casos, sea cuál sea el tratamiento, sus posibilidades de éxito dependen de la colaboración activa y mantenida del paciente. De aquí que todo tratamiento de este tipo tenga componentes, más o menos explícitos y estructurados, dirigidos a conseguir tal colaboración, fundamentalmente a través de la adecuada información (educación del paciente) y de asegurar su comprensión de los diversos tipos de métodos terapéuticos, su justificación y sus alcances.

Existe un último elemento común a todos los tratamientos de cuadros crónicos en o fuera de las clínicas especializadas. Se trata de un elemento que muchas veces no está clara y abiertamente formulado en lo que podríamos llamar el "ideario" de los centros terapéuticos, pero

que existe forzosamente, y que, desde mi punto de vista, no sólo tendría que ser explícito, sino constituir el elemento director de todos los trabajos que se hicieran en esta ámbito. Se trata de la idea de que quien cura un cuadro crónico, considerado globalmente, no es la institución ni el médico ni el rehabilitador. Quien cura o rehabilita o mejora es el ambiente natural. Son las condiciones que hacen que las personas sigan funcionando y que le encuentren gusto a seguir funcionando. Son las mil pequeñas satisfacciones o sorpresas que lleva la vida de cada día. Son las responsabilidades y las exigencias. No es que un paciente tenga que estar curado para poder llevar una vida normal, es desde que empieza a llevar una vida normal cuando empieza a curarse. El papel o la misión de los profesionales consistiría en hacer que el ambiente natural pudiera actuar normalmente y llegar a un paciente y que éste pueda beneficiarse del ello.

#### TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO

De todos los posibles tratamientos del dolor crónico, se describen aquí sólo las técnicas y los presupuestos teóricos de los tratamientos conductuales, no sólo porque son los únicos que conozco por información y por experiencia directa, sino también por ser aquellos que más comprendo y cuyos principios metodológicos y conceptuales comparto.

Como se ha dicho, casi todos los centros de intervención sistemática en el dolor crónico cuentan con algún programa psicológico, en ocasiones bajo el epígrafe no mejor especificado de "psicoterapia", pero la mayoría de veces muy articulados y definidos. Dentro de estos tratamientos o paquetes de tratamientos psicológicos, es cada vez más frecuente que exista un componente denominado "programa operante", al lado de otros totalmente dispares en cuanto a métodos, objetivos y modelos explicativos. Así que no es raro leer descripciones de tratamientos de este tipo: "Se aplica la modificación de conducta, se estimula a los pacientes a explorar sus sentimientos profundos y ...".

Aquí no se tienen en cuenta tales casos porque estos modelos pluri-ad-hoc, que todo lo más llegan a un facsimile de organización hablando de diversos niveles o estratos de comportamientos o fenómenos y la consiguiente necesidad de intervenir en todos ellos, no son los que pueden ilustrar sobre la justificación teórica o los criterios de ningún tipo de tratamiento. Se tienen en cuenta, pues, solo aquellos casos, muy reducidos (de hecho, que yo conozca, se limitan a dos: Fordyce, en Seattle y Roberts, actualmente en California), en los cuales únicamente se aplican tratamientos de tipo conductual y en los cuales, por tanto, éstos no son sólo unas técnicas sino que corresponden a una forma específica y coherente de conceptualizar los fenómenos psicológicos.

## PRESUPUESTOS

En primer lugar, además de los lógicos fines consistentes en asistir al paciente, el tratamiento, a mi entender, tendría que estar constituido y diseñado de tal forma que sirviera como instrumento de investigación y permitiera recoger información sobre los fenómenos explorados o tratados. De aquí el énfasis en las relaciones entre evaluación y tratamiento tanto en contenidos como en métodos y procedimientos. Se trataría de hacer de la experiencia clínica una experiencia de laboratorio y de la clínica un instrumento o situación de investigación. Ya se dijo que en el ámbito del dolor esto es especialmente necesario, porque, por ahora, los trabajos puramente experimentales resultan aún de escasa utilidad y son poco pertinentes al estudio de este fenómeno en la clínica. Asimismo, como se indicó a propósito del nivel basal conductual, suele ser más válida la información obtenida a partir de la observación de situaciones iniciales determinadas por la intervención terapéutica que de comportamientos "libres".

No se trata sólo de considerar a la clínica como lugar privilegiado para realizar investigación sino del hecho de que la situación de tratamiento tiene que estar organizada de tal manera que permita recoger información sobre el fenómeno y los resultados de los tratamientos constituir la base para la profundización conceptual del mismo y la sistemática revisión de los esquemas explicativos aplicados.

En lo que hace referencia específicamente a la terapéutica en cuanto tal, es decir, sus efectos inmediatos sobre un paciente, en coherencia con la explicación conductual del comportamiento, el tratamiento es enfocado como un proceso de aprendizaje, aplicando los principios que son propios de éste. De hecho se trataría de un re-aprendizaje de las habilidades y recursos que el paciente nunca ha tenido o que ha perdido y que son los necesarios para llevar una vida normal con una satisfactoria adaptación.

Este enfoque del tratamiento como proceso de aprendizaje implica el empleo de unas técnicas específicas (por ejemplo, moldeamiento y extinción). Pero primordialmente implica enfocar el tratamiento como un conjunto de objetivos explícitos, públicos (el paciente los conoce y los acepta), jerárquizados y progresivos, a ser alcanzados de una forma gradual. Implica especificar los pasos para conseguir estos objetivos y, sobre todo, poner a punto instrumentos de evaluación o de recogida de información que indiquen tempestiva y puntualmente cómo se procede, es decir, el progreso hacia los objetivos establecidos ha de ser comprobable tanto para el terapeuta como el paciente como sus familiares. Por último, este enfoque implica disponer de procedimientos o recursos para proporcionar o hacer accesible al paciente la información o "feedback" sobre sus progresos.

En segundo lugar, el enfoque conductual en el tratamiento del dolor crónico, de acuerdo con la explicación situacional o interactiva del comportamiento, se basa en el principio de que el cambio en los

repertorios del paciente no depende del cambio de algo "que está" en él o "que le pasa" o que él "tiene" o en la medida en que él "es", sino del cambio de la situación y de las condiciones ambientales y de los patrones de interacción.

Este enfoque lleva a considerar como elemento fundamental del tratamiento la modificación del medio en el cual se desenvuelve el paciente en su vida normal, es decir fuera de la clínica. A menudo en este ambiente, con el tiempo, se ha llegado a constituir una situación tal que, simplemente, no hay un sitio para el paciente normalizado. Uno de los objetivos básicos del tratamiento consiste en incidir en este estado de cosas, ya sea directamente (entrenamiento de los familiares significativos) ya sea de forma indirecta, a través de la modificación de aquellos elementos del comportamiento del paciente que mantienen los patrones inadecuados de interacción con su ambiente natural.

De esta forma, en el tratamiento de un paciente con dolor crónico se plantea la modificación de su comportamiento - desde la perspectiva de los mecanismos de interacción - teniendo en cuenta los efectos de estos patrones modificados en cuanto a suscitar tipos más adecuados de respuesta de los miembros del grupo social significativo.

Estas son, a mi entender, las principales justificaciones teóricas de los tratamientos conductuales. Los demás elementos son de menor importancia, y derivan lógicamente de los anteriores. Uno de estos elementos secundarios consiste en la necesidad que se plantea en

algunos casos de reducir determinados tipos de comportamientos, considerados especialmente patológicos o desadaptativos. Nos referimos aquí a las conductas de dolor. En realidad, como se ha dicho, éstas no tienen por qué ser indicativas de patología y por lo tanto no tienen por qué ser objeto ni, por supuesto, objeto prevalente de tratamiento. Mi particular opinión es que el intervenir sobre estas conductas está justificado cuando sus características o su proporción relativa las hace, de algún modo, perjudiciales para el individuo.

Se consideran perjudiciales cuando constituyen la forma predominante de control social o de relación con los componentes del grupo social significativo, o bien cuando su preponderancia significa una menor probabilidad de otras actividades y repertorios, característicos del comportamiento normal del individuo normal o, por último, cuando su presencia mantiene en las demás personas patrones de respuesta social de repercusiones negativas para el individuo. En estos casos y no por la mera presencia de conductas de dolor, creo que éstas pueden considerarse un elemento negativo, a tener en cuenta dentro de los objetivos del tratamiento y que la intervención está justificada.

Ahora bien, siempre que se establece un objetivo consistente en reducir un determinado repertorio, el tratamiento conductual debe plantearse la simultánea formulación de objetivos orientados a promover explícita y deliberadamente (no como un efecto secundario, más o menos automático) la incorporación o la potenciación de los comportamientos alternativos o, simplemente, adecuados. De hecho, el planteamiento inicial debería consistir en determinar cuáles

repertorios adaptativos posee o debería poseer el paciente e ir a trabajar en este sentido. Sólo en un segundo término, si aún se considera necesario, ir a abordar los repertorios inadecuados.

El aspecto referido a la educación del paciente se atiende, en primer lugar, haciendo muy claros para él tanto los objetivos como los componentes del tratamiento y los principios que justifican unos y otros. Los mismo presupuestos del tratamiento, el hecho de que los objetivos tengan que ser explícitos, el basarse en la colaboración del paciente incluso en la fase de evaluación (autorregistro) y el uso continuado de gráficas en las cuales se evidencian los progresos que el paciente realiza son, en principio, métodos que hacen más fácil la comprensión por parte del paciente de las bases del tratamiento y, por consiguiente, más probable su colaboración.

Todo el tratamiento se basa en pasos muy pequeños, en una jerarquía de objetivos de alcance reducido pero cuya consecución es rápida y fácilmente comprobable. Este es un elemento muy importante en la educación del paciente porque le enseña a elaborar objetivos realistas y a valorar indicadores sutiles de progreso, en contraposición a la actitud inicial de muchos enfermos, cuyas expectativas son de un cambio radical y brusco, con lo cual, no sólo se frustran, sino que tampoco son capaces de apreciar los pequeños adelantos que un determinado tratamiento pueda producir, e informar en consecuencia.

Así como el aprendizaje de comportamientos adecuados ha de abordarse directamente no como un subproducto, también ha de considerarse directamente la generalización fuera del ambiente clínico de los cambios o mejorías producidas en éste. También es un aspecto que se suele considerar, cuando se considera, en último lugar, con la implícita consideración de que se trata de algo automático. Sin embargo, lo más normal es que no sea así y que si no se aplican los procedimientos adecuados y específicos, gran parte de los esfuerzos realizados dentro del tratamiento resulten inútiles.

Uno de estos procedimientos consiste, una vez más, en intervenir en el ambiente natural del paciente a fin de que sus miembros colaboren en potenciar y mantener los cambios producidos en el tratamiento. Otro de estos procedimientos consiste en organizar el tratamiento teniendo muy presentes cuáles son las condiciones naturales de vida de los pacientes y acercándose lo más posible a la mismas. La terapia ocupacional es un buen ejemplo de esto. La posibilidades que las ganancias realizadas en un programa dentro de esta esfera se mantengan cuando el paciente ya esté dado de alta dependen en gran medida de la similitud de lo que aquí se realice con las condiciones en las cuales se ha de desenvolver habitualmente el paciente, por ejemplo en su ambiente laboral. Una terapia ocupacional limitada a breves periodos de realización de actividades puramente recreativas, a elección del paciente, tiene pocas posibilidades de generalizarse o mantenerse en situaciones tales como, por ejemplo, permanecer ocho horas vigilando una máquina o hacer las tareas de casa o incluso ver la televisión durante todo un programa.

Para que las contingencias naturales lleguen a ser efectivas, en la rehabilitación de un paciente crónico es necesario muchas veces proceder de una forma gradual. En este sentido, el tratamiento iría dirigido a disminuir el coste de respuesta (el esfuerzo necesario) y, en segundo lugar, a organizar la situación de tal manera que, pareciéndose lo más posible a las contingencias naturales, éstas se aplicaran con unas exigencias menores, aunque progresivas.

Uno de los elementos más importantes de las contingencias naturales es la atención social. Su influencia es crucial en todos los comportamientos humanos significativos y, por consiguiente, puede ser responsable del mantenimiento de comportamientos desadaptativos. De aquí la necesidad, dentro de los tratamientos conductuales, de una intervención, cuya finalidad será conseguir que la atención social tanto de las personas significativas del ambiente natural como del personal sanitario dependa, inicialmente de una forma deliberada, de comportamientos incompatibles con las conductas de dolor. Ello implica, como se verá más adelante, un entrenamiento específico de los familiares significativos y también - y esto suele resultar a menudo mucho más difícil - del personal sanitario, cuya formación está orientada a atender de un modo selectivo y casi exclusivo precisamente a aquellos comportamientos que, en este caso, son los que se consideran desadaptativos.

Por último, uno de los elementos de determinados tratamientos conductuales del dolor crónico enfocados a la rehabilitación es el énfasis en los aspectos funcionales del comportamiento, en contraposición a la simple ejecución. El objetivo del tratamiento no es que el paciente llegue a recorrer sin detenerse una distancia de doscientos metros, sino que se sitúa en aquel punto del proceso en el que el recorrer esta distancia se convierte en ir al bar para jugar una partidita de domino. Lo que interesa no es que el paciente mueva los brazos sino que barra o se prepare la comida. De aquí el uso y el "rationale" del Indicador del patrón de actividad y el que a lo largo de todo el tratamiento se tenga presente el ambiente natural y sus requerimientos.

## TRTAMIENTO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO. PROCEDIMIENTOS

A continuación se detalla el tratamiento conductual de pacientes con dolor crónico aplicados en las respectivas clínicas del dolor por los grupos de W. E. Fordyce y de A.H. Roberts, elegidos por ser los más representativos de una línea conductual coherente. Además del modelo y de los tipos de tratamiento, estos dos grupos tienen en común el que el programa conductual se lleva a cabo en colaboración con el Servicio de Rehabilitación.

Los objetivos generales del tratamiento conductual son los comunes a todas las clínicas del dolor:

- Desintoxicación
- Removilización
- Rehabilitación funcional.

Los objetivos específicos, suelen estar formulados en términos del estilo de los siguientes (Roberts, 1981).

1. Aumentar las actividades físicas hasta un nivel normal, de acuerdo con la edad y el sexo del paciente o de las posibles limitaciones médicas.

2. Eliminar toda medicación relacionada con el dolor, incluyendo los psicofármacos.
3. Normalizar el nivel de actividad del paciente y devolverle a unas condiciones de vida satisfactorias tanto para él como sus familiares.
4. Modificar las relaciones familiares de forma que el paciente tenga menor necesidad de utilizar el dolor como un medio de control y de interacción social.
5. Eliminar la dependencia de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud y cambiar las actitudes y las formas de relación con los mismos.
7. Reducir las quejas de dolor tanto verbales como conductuales, en un sentido amplio.

También es Roberts (1981) quien describe de una forma más explícita, si no propiamente los criterios de admisión, sí los elementos a tener en cuenta al tomar la decisión de aceptar a un paciente en el programa conductual:

1. El paciente presenta conductas significativas asociadas con el dolor, que pueden ser identificadas y susceptibles de ser modificadas por el programa de tratamiento del dolor.

2. Se han probado y hallado ineficaces, o descartado por cualquier razón, todas las modalidades habituales de tratamiento.
3. El paciente y sus familiares están suficientemente motivados a someterse al programa.
4. La medida en que el paciente puede ejecutar las actividades incluidas en el programa de tratamiento sin producirse lesiones.
5. La existencia de un pleito pendiente y de posibles compensaciones económicas para la invalidez del paciente.
6. Las personas que conviven con el paciente están dispuestas a participar activamente en el programa.
7. El paciente no padece esquizofrenia u otros trastornos graves que puedan interferir en la aplicación del programa (por ejemplo, no está en condiciones de efectuar un simple autorregistro o de seguir una rutina diaria).
8. El programa ha sido explicado con suficiente detalle al paciente y a sus familiares de forma que su consentimiento al mismo se base en una adecuada información.
9. El personal del equipo terapéutico puede identificar y controlar la administración de posibles reforzadores en el tratamiento del paciente.

10. La dependencia química es un problema derivado. En el caso de que se trate del problema primario, el paciente es inicialmente remitido a un programa específico de deshabituación.

Básicamente, los tratamientos aplicados en dichas clínicas del dolor se basan en los procedimientos típicos de la modificación de conducta: extinción y reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, moldeamiento de repertorios conductuales nuevos, atenuación y transferencia del control de estímulos y generalización. Son también característicos la insistencia en el registro cuidadoso y la definición conductual de los comportamientos sobre los cuales ha de incidir el tratamiento, el basarse en la observación directa y sistemática así como en los presupuestos de la evaluación conductual en cuanto a correspondencia entre evaluación y tratamiento.

Los tratamientos suelen efectuarse tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio. Los criterios para decidirse por uno u otro tipo dependen de las posibilidades de control y supervisión sobre el paciente, sobre todo en las primeras fases de la evaluación y del tratamiento. Si existen garantías de que los familiares van a cooperar y de que se tendrá un buen cumplimiento de las prescripciones tanto en términos de reducción paulatina de la medicación como de los ejercicios físicos e incremento de las conductas alternativas, el tratamiento se hace a nivel ambulatorio, en todo caso tras un internamiento muy breve (una semana) para la evaluación y el inicio del programa.

A continuación se expone una esquemática descripción de los elementos principales del tratamiento conductual, referido al tipo de casos más complicados, es decir, los que exigen internamiento. Con ligeras modificaciones, los principios generales y los procedimientos son los mismos que para los tratamientos ambulatorios.

## CONTROL DE LA MEDICACION O DESINTOXICACION

Cuando ingresa, el paciente lleva consigo la medicación que estaba tomando y la entrega al personal de la clínica. Unicamente se cambia la vía de administración para los inyectables, de tal forma que todo medicamento se administre por vía oral. Durante un periodo de 2 hasta 7 días, se establece una fase de determinación del nivel basal, en la que se proporciona libremente al paciente la medicación que requiere en el momento en que la requiere. La única limitación depende de factores de toxicidad. Por lo demás, la consigna que reciben las enfermeras es de no poner limitaciones ni intentar ejercer ningún tipo de presión o influencia sobre las pautas de medicación del paciente. Se registra el tipo y la cantidad de medicamentos requeridos cada día y el momento en que se hace, a fin de determinar los periodos de tiempo entre peticiones sucesivas.

Una vez obtenidos los datos basales, los ingredientes activos de los analgésicos y ansiolíticos correspondientes a la cantidad total ingerida en 24 horas son diluidos en un excipiente líquido enmascarador: el llamado "Cocktail del dolor" ("Pain cocktail") (Halpern, 1974). Este se administra al paciente según un programa rigurosamente basado en el tiempo - ya no en sus peticiones -, es decir, cada determinado número de horas, número que es acordado con el interesado y que se respeta día y noche.

De esta forma, en los primeros días del tratamiento, el paciente ingiere la misma cantidad de sustancias activas, e incluso ligeramente superior, en algunos casos, siendo la única modificación el paso de una administración dependiente de los requerimientos a una dependiente del tiempo. En términos de Fordyce, se trata de un programa de extinción, no tanto utilizando este término en un sentido lato, referido a la disminución progresiva de un posible reforzador, sino en un sentido estricto y apropiado, referido a las conductas de petición de analgésicos, ya que éstas dejan de ser eficaces, de ir seguidas de los efectos habituales. En otras palabras, se interrumpe la relación funcional entre petición y obtención de analgésicos.

No entran en el "Cocktail" sustancias que no sean analgésicos o ansiolíticos, neurolépticos o hipnóticos. Cuando existe evidencia de alteraciones depresivas o problemas de sueño, se administra además un antidepresivo - normalmente, amitriptilina - cuya dosificación se mantiene inalterada a lo largo de todo el tratamiento e incluso cuando el paciente es dado de alta, en algunos casos.

La concentración de sustancias activas se reduce de una forma gradual, normalmente a un ritmo de 10 - 15 % cada semana o diez días, hasta llegar a su eliminación. El ritmo se mantiene muy lento para evitar síntomas de abstinencia o cambios internos bruscos y, por lo tanto, perceptibles. La atenuación de la concentración de los diversos componentes del "Cocktail" se efectúa por separado y a un ritmo distinto.

El "Cocktail" se administra a intervalos de tiempo regulares, las 24 horas del día. El criterio para establecer la duración de tales intervalos es que sean ligeramente inferiores a la mayoría de periodos entre peticiones determinados durante la fase de nivel basal. Lo normal es que, al cabo de dos o tres semanas, se acuerde con el paciente aumentar la duración de los mismos y prescindir de la toma o las tomas nocturnas, a fin de garantizar periodos de sueño ininterrumpidos.

Los últimos niveles se mantienen durante más tiempo y es habitual que el paciente sea dado de alta y prosiga durante un tiempo la administración del "Cocktail" con las dosis mínimas. Es incluso frecuente el caso de pacientes informados de que lo que ingieren es sólo excipiente y que sigan consumiéndolo durante un tiempo, hasta que se produce el des-condicionamiento de la respuesta de ingestión de analgésicos.

#### EJERCICIO. REMOVILIZACION

La removilización es el programa mediante el cual se pretende aumentar el nivel de actividad del sujeto, a través de un proceso de moldeamiento, mediante el cual se va construyendo el repertorio terminal de un forma gradual y exitosa en cada una de sus fases, desde el nivel inicial determinado a partir de la observación del paciente. Las actividades a incrementar van desde el ejercicio físico hasta

actividades complejas de significado adaptativo, en el ámbito social, distractivo o laboral. El programa inicia con el abordaje de las primeras, con el fin de obtener unos mínimos de capacidad física necesario para sostener continuamente las otras.

Los criterios para seleccionar los ejercicios se indicaron anteriormente, en la parte dedicada al nivel basal conductual. En la fase de tratamiento, el programa de ejercicios o de removilización ya no tiene como punto de referencia la tolerancia del paciente, sino que consiste en fijar unas cuotas o número preestablecido de repeticiones de cada ejercicio e ir las incrementando paulatinamente hasta llegar a una cantidad considerada como tope o como objetivo a conseguir. Las cuotas se establecen siempre teniendo en cuenta las garantías de éxito y la posibilidad de que el sujeto las cumpla sin dificultad. De aquí que se decidan a partir de la observación del nivel basal, eligiendo un número que esté por debajo del promedio, pudiendo incluso, en casos de niveles basales no ascendentes, ser equivalente al menor número de repeticiones que se haya dado en todas las sesiones.

Las sesiones de tratamiento suelen ser próximas en el tiempo, permitiendo la práctica intensiva: dos o tres veces al día, idealmente siete días a la semana. El completamiento de cada serie de repeticiones de un ejercicio determinado (cuota) va seguido de unos minutos de descanso y, sobre todo al principio, de interacción social positiva con el terapeuta.

La tasa de incremento también se establece previamente y nunca de acuerdo a cómo se siente el paciente un día determinado. Cuando existan dudas, también es conveniente proceder con prudencia en los incrementos iniciales, por ejemplo, con una repetición cada tres días. (El aumento habitual es de una al día). Si el paciente sigue bien el ritmo trazado, en la segunda o tercera semana, suele cambiarse el programa y acelerar los incrementos. Esta decisión, como todas las restantes, se toma tras haberlo discutido con el paciente pero, una vez tomada, se mantiene sin modificaciones durante varios días de prueba.

En el caso de que se presenten problemas o se produzcan interrupciones en el cumplimiento de una cuota determinada, durante un periodo de hasta tres días consecutivos, el terapeuta no interviene y se limita a tomar nota de la interrupción sin hacer ulteriores comentarios. Las cuotas siguen aumentando según el programa predeterminado durante las siguientes sesiones. Si el fallo persiste, se reducen las cuotas por debajo del nivel en el cual se presentó el fallo y se "reciclan". Por ejemplo, si el paciente alcanzó un nivel de 12 repeticiones seguidas en un determinado ejercicio y a partir de aquí empezaron los fallos, las cuotas pueden descender a 9 y desde este nivel reasumir el ritmo anterior de incremento.

Para cada ejercicio se establecen previamente unos techos o unas cantidades tope. Como regla general, no suele ser necesario pasar de 25 a 25 repeticiones y, por lo que respecta a andar, de uno a dos kilómetros al día. De todas formas, la decisión sobre cuál es el techo

para un sujeto determinado en un ejercicio determinado depende, en primer lugar de criterios médicos (cuál es la tasa ideal de ejercitación para mantener el paciente en un nivel físico adecuado) y, en segundo lugar, funcionales: nunca interesa que el tiempo dedicado al ejercicio físico sea tal que impida la realización de actividades adaptativas.

#### PROGRAMA PARA REDUCIR NIVELES DE ACTIVIDAD EXCESIVOS

En unos, pocos, casos, el problema que presenta el paciente es el opuesto a aquél para el cual se ha delineado esta parte del tratamiento conductual: se trata de personas en las cuales el dolor crónico es compatible con un elevado nivel de actividad, e incluso el ejercicio es, a la corta, una forma de atenuar el dolor. El incremento se produce sólo al cabo de varias horas. Es frecuente también que estas personas tengan problemas para relajarse o alcanzar niveles significativos de relajación muscular.

El tratamiento en estos casos consiste en invertir la relación de dependencia, haciendo que la actividad o el ejercicio dependan o puedan realizarse sólo después de haber hecho reposo y relajado durante periodos de tiempo progresivamente más largos.

## GENERALIZACION Y EXPANSION DE LA GAMA DE ACTIVIDADES

El programa de tratamiento incluye también la participación en actividades recreativas cuyos requerimientos físicos sean apropiados al nivel alcanzado por el paciente en la realización de ejercicios físicos. La finalidad de esto es sobre todo prepararle para actividades a realizar después del tratamiento y reconstruir un repertorio de habilidades, no practicadas durante largo tiempo a raíz de la enfermedad o del dolor crónico. Por otra parte, la finalidad de estas y otras medidas afines es que el paciente adquiera progresivamente seguridad y el convencimiento de que moviéndose y "haciendo cosas" no va a experimentar un incremento del dolor.

Dentro del mismo contexto del hospital se inicia también un programa de terapia ocupacional orientada a la reintegración al trabajo. En todo caso y momento se seleccionan los requerimientos de forma que se someta al paciente a exigencias de esfuerzo que estén siempre dentro de su presente nivel de actividad física. A medida que se alcanzan los techos en los niveles de ejercicios físicos, se incrementan los periodos dedicados a estas tareas, hasta llegar a unas demandas en tiempo y en esfuerzo equivalentes a una jornada de trabajo normal.

## ENTRENAMIENTO DE LOS FAMILIARES

Es éste un aspecto básico en los programas conductuales, hasta tal punto que constituye uno de los criterios de admisión al tratamiento el que el cónyuge o un familiar significativo se comprometa a colaborar con el mismo y a recibir para ello entrenamiento adecuado. Son excepción sólo los casos de personas que viven solas.

Ya en la primera fase, de recogida de información y evaluación, el cónyuge colabora, aportando información en los mismo puntos sobre los cuales es entrevistado el paciente. Así mismo, los componentes y los objetivos del tratamiento, las distintas fases que lo constituyen y los principios que lo rigen son explicados exhaustivamente y discutidos con el cónyuge al mismo tiempo que con el paciente.

El entrenamiento del cónyuge tiene lugar durante una o dos sesiones semanales a lo largo del tiempo que dura el tratamiento. En una primera fase, el entrenamiento consiste en aprender a identificar los comportamientos mediante los cuales el paciente emite señales indicativas de dolor ("conductas de dolor"). Se elabora una lista de conductas características, a partir del criterio de que son los medios a través de los cuales el cónyuge se da cuenta de que el paciente experimenta dolor ("¿Cómo sabe Vd. que a su mujer/marido le duele?"). La lista final se limita a un máximo de unos diez ítems.

En una segunda fase se pide al cónyuge que cuente la frecuencia de estos comportamientos. Normalmente ello se lleva a cabo en los minutos iniciales de las visitas, y suele ser suficiente un periodo de unos veinte minutos. No es necesario contar por separado cada uno de los comportamientos de la lista: el número total es suficiente para tener unas indicaciones de frecuencia y cambios en las misma. Un procedimiento para llevar a cabo este recuento de una forma compatible con la interacción social consiste llevar en cada visita una cajita de cerillas nueva e ir doblando una cerilla cada vez que se emite uno de los comportamientos a contar. De ninguna manera es necesario que este recuento se lleve a cabo a escondidas del paciente, que por otra parte, está informado desde el principio también de esta parte del tratamiento. El único requerimiento que se formula al cónyuge es evitar discusiones o comentarios con el paciente sobre los resultados del recuento en estas primeras fases.

Una vez que el cónyuge ha demostrado dominio sobre esta tarea (suelen bastar una dos o tres sesiones) se pasa a la fase siguiente, que consiste en aprender a identificar y observar sus propias respuestas a las conductas de dolor. También esta observación suele restringirse a los primeros veinte minutos de cada visita, a menos que, durante este tiempo, deje de presentarse alguna conducta de dolor, en cuyo caso tiene que prolongarse hasta que ello ocurra.

Posteriormente, se discute con el cónyuge el tipo de respuestas alternativas a estas conductas, y se dedican una o dos sesiones a la definición y el ensayo de tales comportamientos. La última fase del

aconsejamiento es de aplicación de estos aprendizajes y consiste en observar y contar las veces que responde positivamente a comportamientos adecuados del paciente. Para ello, suele ser conveniente que el cónyuge asista a sesiones de ejercicio físico y observe al paciente durante la realización de estas actividades, sobre todo en las últimas fases del tratamiento. De esta forma, no sólo el terapeuta puede supervisar directamente los resultados del programa de aconsejamiento del cónyuge, sino que se ayuda a éste a vencer sus últimos recelos sobre los posibles peligros del ejercicio físico.

ESTUDIO CONDUCTUAL DEL DOLOR CRONICO  
INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO

## INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO

### DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento que se aplicó en el presente trabajo reproduce en sus componentes y, sobre todo, en sus principios básicos el tipo de tratamientos realizados, bajo el epígrafe de "programas operantes", en las clínicas del dolor, con especial referencia al grupo del Prof. Fordyce. Las diferencias principales consistieron en lo siguiente:

- a) Los tratamientos fueron exclusivamente ambulatorios.
- b) No fue necesario - ni hubiera sido posible, en caso de serlo - llevar a cabo ningún tratamiento de desintoxicación ya que, como se ha dicho, no se obseraron casos de abuso de analgésicos, ni siquiera del tipo de los no narcóticos.
- c) No se aplicó, con gran pesar nuestro, ningún tipo de terapia ocupacional ni de rehabilitación propiamente dicha: esto hubiera implicado unas instalaciones adecuadas, trabajo en equipo y, sobre todo, un entrenamiento específico de las personas que hubieran intervenido, y no se consideró posible.
- d) La intervención con el cónyuge tuvo lugar sistemáticamente pero no se hizo un programa específico de entrenamiento. Esto hubiera implicado un montaje muy diferente y, sobre todo, algún tipo de incidencia en el ambiente natural, que nos estaba proscrita por muchos motivos.

El tratamiento, pues, se limitó a una intervención en cuanto a la medicación, la removilización y los patrones de actividad. En lo que hace referencia a la medicación, se suprimieron las benzodiacepinas y se sustituyeron, en algunos casos, por antidepresivos del tipo de la mianserina (Valdés, 1982), dirigidos sobre todo a incidir en los problemas de sueño. Las pautas seguidas en los otros dos aspectos se describirán en los apartados correspondientes.

#### INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN EL DIARIO DE DOLOR.

En nueve de los 25 casos en los que se realizó un autorregistro de la intensidad estimada de dolor, éste se volvió a efectuar por lo menos una vez, ya sea durante la determinación del nivel basal conductual ya sea durante el tratamiento propiamente dicho. Por consiguiente, la segunda fase de autorregistro del diario de dolor coincidió siempre con una situación de realización de ejercicio físico. En algunos casos se volvió a realizar más tarde, pero no se van a comentar aquí por ser muy reducido su número y haberse realizado en tiempos distintos respecto al tratamiento o a las sesiones de seguimiento.

La información obtenida a partir de este instrumento me parece bastante indicativa y tal que permite alimentar esperanzas respecto a la utilidad del mismo, una vez realizadas las modificaciones pertinentes, como elemento dentro del estudio del dolor crónico.

Lo que se puede apreciar, en primer lugar, es una acción selectiva del tratamiento sobre el dolor lumbar. No es que no exista una influencia en el dolor en otras localizaciones sino que ésta es variable y de sentido distinto. Teniendo en cuenta que estas otras localizaciones pueden ser varias y variables en la misma persona, esto es exactamente lo que cabía esperar. Lo que me parece interesante es que la influencia se manifieste en el sentido más lógico y coherente y que no se produzca una "contaminación" en la información a partir de los datos de autorregistro del dolor lumbar (es decir que los pacientes no apunten rutinariamente y generalizando, sino que establezcan discriminaciones bastante finas).

Aquí pueden haber influido varias cosas. Una de ellas es que era habitual, en el caso del segundo registro, que el paciente entregara la hoja correspondiente cada día que acudía a realizar el tratamiento, por lo que el registro puede haber sido más cuidadoso y preciso. Otra posibilidad es que las diferencias sean debidas a la influencia del tratamiento, posibilidad que se considerará más adelante.

Los comentarios que se van a realizar a continuación respecto a la posible influencia del tratamiento en el diario de dolor se refieren, en todos los casos, a las gráficas de los índices de intensidad referida del dolor, no a datos directos. En ellas, como siempre, se indica el número del sujeto, la curva referida al dolor lumbar (DL) y en otras localizaciones (OL). En la parte izquierda de la figura se presentan las dos curvas correspondientes al primer registro

(realizado en condiciones basales, es decir, antes de iniciar cualquier tipo de ejercicio físico bajo nuestra supervisión) y en la parte derecha, las que corresponden al segundo registro (durante las fases de realización de ejercicio físico).

Se comentarán, en primer lugar, los datos de los sujetos 30, 34 y 29, en las figuras 36, 37 y 38, respectivamente. Estos tres casos tienen en común el hecho de que, según estas curvas, el efecto del ejercicio físico ha sido negativo o perjudicial. Esto es muy evidente en el sujeto 30. Comparando la segunda gráfica con la primera se observa que el índice de intensidad estimada es más elevado en todos los momentos de registro, exceptuando la hora de cenar. Pero además ha cambiado la morfología de la curva. Antes era más bien concava mientras que, en la segunda administración, se empieza ya a la hora de levantarse con un nivel altísimo, casi de la intensidad máxima cada día.

Sin embargo, los efectos directos del ejercicio físico son difíciles de entender: el incremento se produce precisamente después del descanso y no del ejercicio, y, a lo largo del día, la intensidad referida de dolor va disminuyendo. Como se verá cuando se hable de los efectos del tratamiento en este mismo sujeto, hay coincidencia en los datos obtenidos, ya que también se trata de la única persona en la cual se puede decir que el tratamiento no ha influido positivamente en cuanto al rendimiento en la ejecución.

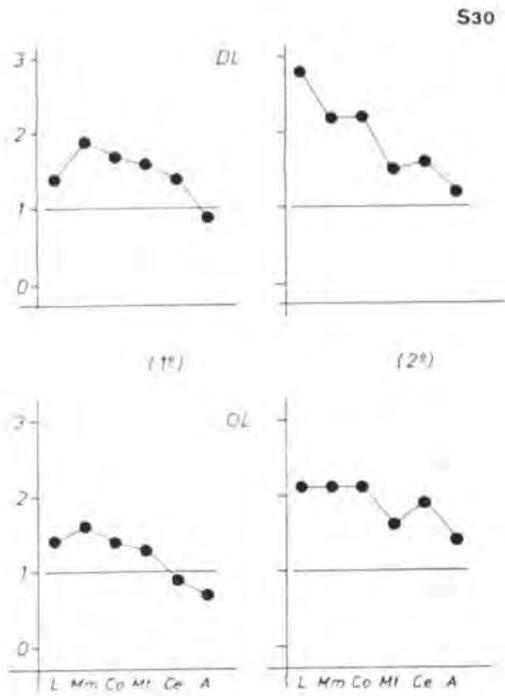


Fig. 36.- Índices de intensidad referida de dolor.

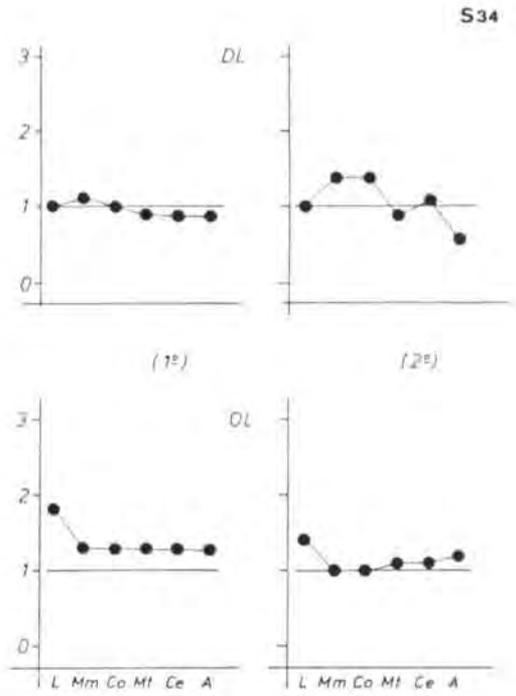


Fig. 37.- Índices de intensidad referida de dolor.

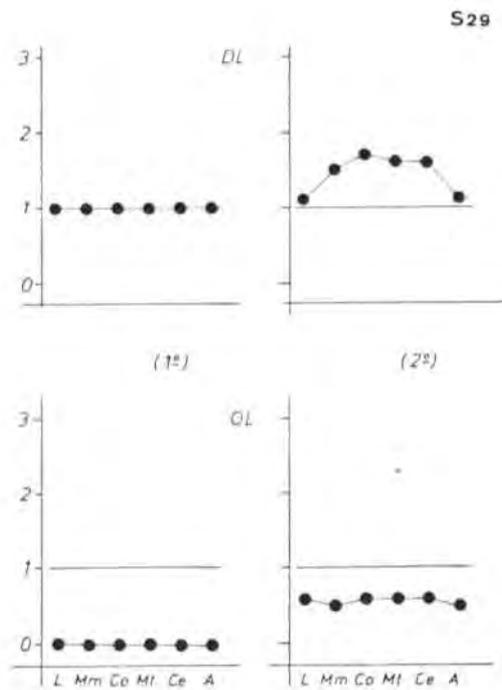


Fig. 38.- Índices de intensidad referida de dolor.

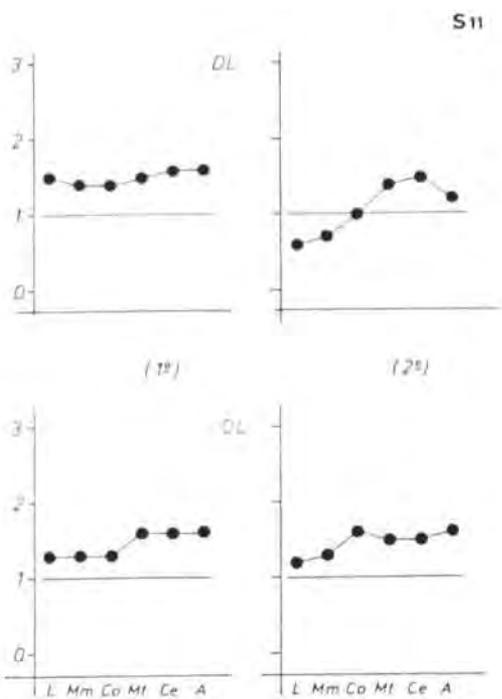


Fig. 39.- Índices de intensidad referida de dolor.

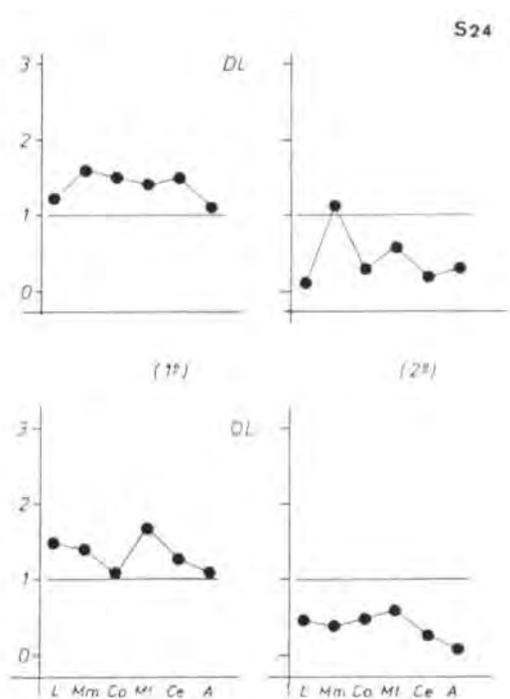


Fig. 40.- Índices de intensidad referida de dolor.

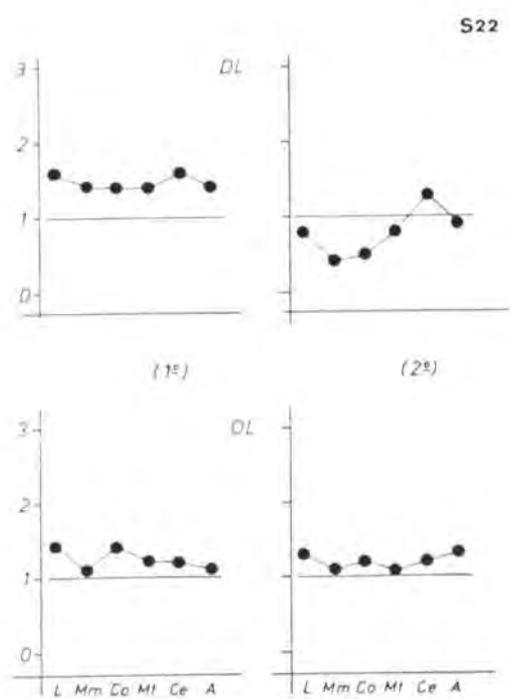


Fig. 41.- Índices de intensidad referida de dolor.

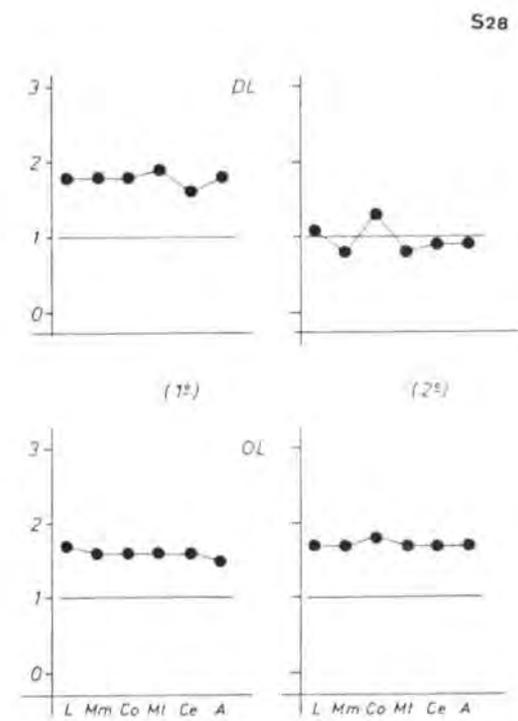


Fig. 42.- Índices de intensidad referida de dolor.

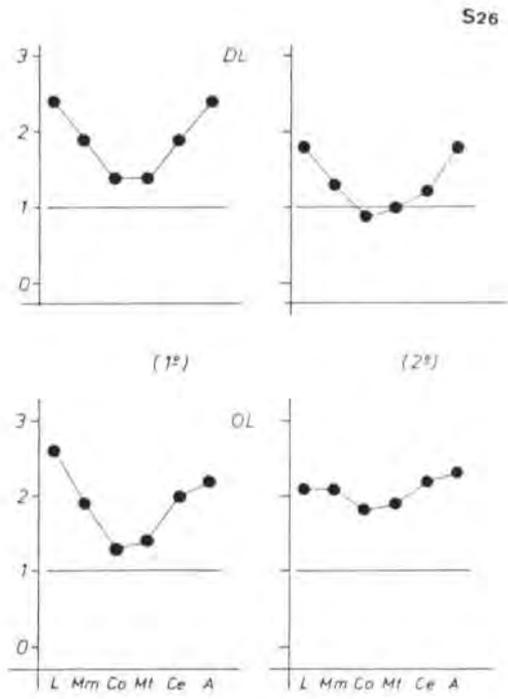


Fig. 43.- Índices de intensidad referida de dolor.

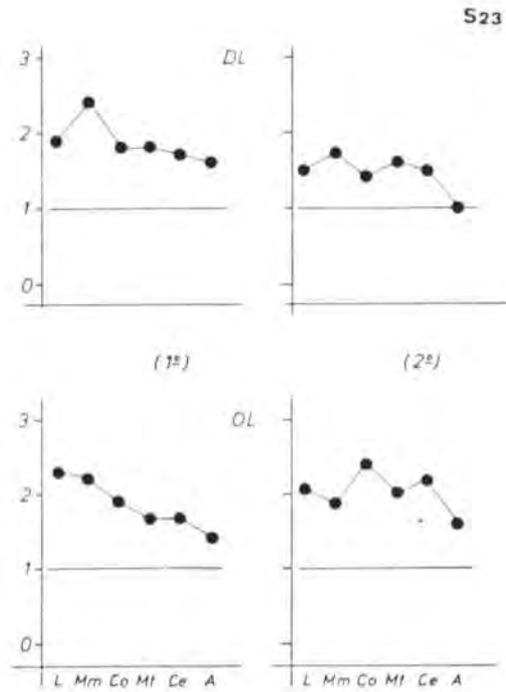


Fig. 44.- Índices de intensidad referida de dolor.

Las influencias en los dolores en otras localizaciones (éste es el sujeto que presentaba un mayor número de otras localizaciones y del cual damos una hoja como referencia en el anexo 3), también son en el sentido de incremento de la intensidad referida en los distintos momentos de registro y también se produce, aunque no de una forma tan acusada, el incremento en el momento de levantarse. Sin embargo, y a pesar de lo poco satisfactorios que son estos datos desde el punto de vista de éxito terapéutico, han sido para mí muy positivos en la medida en que tampoco este caso es una excepción en la tendencia general de los efectos del tratamiento: hacer las curvas más claras y definidas.

En el paciente 34 se produce el mismo efecto que en el anterior pero menos intenso y circunscrito al dolor lumbar. El caso del paciente 29 es especial. Era el paciente que presentaba un cuadro de menor tiempo de evolución, muy poco más de seis meses. En su gráfica se observa un incremento en los índices de intensidad referida y en este caso sí que se puede pensar en una relación entre la actividad física y el aumento de intensidad, puesto que el incremento coincide con un momento del día próximo a la realización del ejercicio.

En los demás casos (figuras 39 a 44) la influencia del tratamiento es, para mí, muy clara. En primer lugar, consiste predominantemente en una disminución del índice de intensidad referida para todos o para la mayoría de momentos del día. En algunos casos, como en el de los pacientes 11 y 22 (fig. 39 y 41), la disminución se circunscribe a la primera parte del día, sin que se modifiquen los niveles

correspondientes a las tardes, pero es precisamente por las mañanas cuando se realizaban siempre los tratamientos.

En este sentido, se observa que la intensidad referida de dolor lumbar disminuye con la realización del ejercicio o inmediatamente después y se mantiene en los mismos niveles de antes del tratamiento al cabo de una hora tras la actividad física. Esto no afecta prácticamente la otra curva. En otros casos, estos efectos atenuadores son muy pronunciados, como sucede en el paciente 24, en el cual el dolor lumbar prácticamente ha desaparecido a lo largo de todo el día, excepto un episodio a media mañana, que como el paciente informa, desaparece yendo a dar un buen paseo o haciendo ejercicio. También marcado, aunque menos pronunciado, es el descenso que se observa en el caso del paciente 28, que también es muy específico del dolor lumbar.

En cierta medida un caso aparte constituyen los dos últimos pacientes estudiados, 26 y 23 (figuras 43 y 44, respectivamente). En ambos casos, se mantiene la misma morfología de la curva pero desplazada. Esto es muy evidente, porque la forma es muy acusada, en el primero de estos dos pacientes pero también se puede apreciar en el segundo.

El segundo tipo de influencias que se pueden apreciar con este procedimiento de recogida de información es un efecto que, a nivel del dolor lumbar, se ha producido en todos los casos, menos la paciente 26, lo cual, como se verá, es también bastante lógico. Se trata del hecho de que en todos los casos el ejercicio ha producido una mayor definición de las curvas, unas variaciones entre los distintos

momentos del día más pronunciadas, unos aumentos o descensos del nivel de intensidad referida más bruscos, más rápidos, implicando una mayor diferencia en un menor lapso de tiempo.

Dejando aparte la posibilidad, siempre a considerar, que pueda tratarse en en parte de un artefacto de los procedimientos de registro o de análisis de los datos o, simplemente, dependa de un factor de aprendizaje de discriminación y a haber efectuado el autorregistro durante más tiempo (factores que es seguro que influyen en mayor o menor medida), dicho efecto parece un resultado altamente interesante y la "pista" que se revela, digna de ser perseguida. Si realmente este efecto se produce, se puede afirmar, no sólo que el tratamiento, entendido como removilización, no es perjudicial, sino que crea en todos los casos, incluso los negativos, una situación potencialmente beneficiosa para el paciente, al cambiar las características del cuadro de dolor y hacerlo más fácilmente discriminable, como ocurre siempre que unos cambios se producen con brusquedad.

Esta nueva situación es susceptible de tener repercusiones positivas en la eficacia del tratamiento ya que el paciente, al discriminar más, está en condiciones de proporcionar una mejor información. Desde mi punto de vista, la peor situación es precisamente la que caracteriza a estos cuadros, de un dolor sordo, mal definido, pero constante y gravoso como una losa. El que la situación "se limpie" o se haga más clara y diferenciada no puede ser más que una mejoría, sobre todo como elemento de toma de decisiones para utilizar los recursos analgésicos adecuados e informar sobre los efectos de los mismos.

### INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN EL PATRON DE ACTIVIDAD.

Como se ha indicado, las prescripciones relativas al patrón de actividad se formulaban teniendo en cuenta las actividades aisladas, no sus agrupamientos. Sin embargo, tales prescripciones se dirigían a conseguir un mayor equilibrio en las categorías de comportamientos y que las principales dimensiones consideradas estuvieran suficientemente representadas. El tener en cuenta estos dos aspectos, actividades individuales y dimensiones o categorías principales, estaba facilitado por la hoja de anotación utilizada, en la que los datos de cada actividad se repetían en todas las clasificaciones. Este mismo procedimiento de análisis de la información obtenida se seguía con las diferencias, es decir en la comparación entre dos administraciones del inventario (V. anexo 4).

Además de proporcionar una información muy directa, este tipo de protocolo de anotación de los datos resultaba especialmente cómodo y útil para comprobar de una forma inmediata el cumplimiento de las prescripciones.

En el ámbito del patrón de actividad, el tratamiento consistía precisamente en las prescripciones al paciente, formuladas generalmente en presencia y "negociando" con el cónyuge. Ello coincidía con haber completado la fase de determinación del nivel basal en ejercicio físico y podía coincidir o no con el tratamiento en esta esfera. El cumplimiento y la adecuación de las prescripciones se

llevaba a cabo en las sucesivas visitas de control.

La pauta seguida para orientar las prescripciones se basaba, como se ha dicho, en un criterio arbitrario de posibles niveles de frecuencias:

Actividades no realizadas nunca.

Actividades realizadas un día a la semana (frecuencia 1 a 3).

Actividades realizadas dos o tres días a la semana (frecuencia 4 a 7).

Actividades realizadas más de cuatro días por semana (frecuencia 8 a 14).

En las prescripciones se establecían unos mínimos, consistentes en pasar de un nivel al inmediato superior. Por lo general, se tendían a desaconsejar los cambios bruscos o muy importantes que los mismos paciente a veces sugerían: nos interesaba que estos cambios tuvieran garantías de ser mantenidos, para proceder a ulteriores incrementos de una forma paulatina y progresiva. Así mismo, excepto en lo que tuviera que ver con el movimiento (ejercicio físico y dar un paseo) o en casos muy especiales, no se incidió inicialmente en las actividades que el paciente no realizara nunca. La idea era que, de entrada, era preferible potenciar actividades o posibilidades que ya existieran en el repertorio del sujeto a sugerirle emprender otras nuevas.

Esto también estaba relacionado con los medios de los que disponíamos para llevar a cabo estas prescripciones: sólo nos podíamos basar en recursos verbales. Otra cosa muy diferente hubiera sido si hubiéramos podido efectuar un tratamiento rehabilitador completo, a través de un terapia ocupacional bien organizada. En este caso, se hubiera ido precisamente a potenciar las actividades adaptativas que el sujeto no emitiera nunca.

A parte de lo que se ha dicho, no teníamos demasiado interés en seguir ninguna línea en especial. Lo único que nos interesaba era aumentar inespecíficamente el nivel de actividad del paciente, de la forma más amplia y, en segundo lugar, más equilibrada posible. Pero lo primordial para nosotros era que hiciera más cosas. Pensábamos que cuantas más actividades realizara, mayores posibilidades habría de que tuviera acceso a las gratificaciones e incitaciones del ambiente natural, de que éste pudiera actuar más, y también de que aumentaran las estimulaciones competitivas. Esta forma de pensar no es muy contemplativa, desde luego, pero lo que nos preocupaba era que el permanecer sentados y solos pensando en lo que les pasaba, fuera una más de muchas alternativas posibles y experimentadas.

A continuación, se presentan las gráficas de indicadores del patrón de actividad de seis sujetos, en los que se compara la primera administración (nivel basal) con la segunda (después de las prescripciones correspondientes). Se han seleccionado estos seis casos por ser representativos de cada una de las tres posibilidades: no cambio, cambio muy marcado y un cambio intermedio. En cada caso, se

comparan las medias de todas las actividades que corresponden a cada categoría y las actividades aisladas.

La posibilidad de cambio prácticamente inexistente queda ejemplificada por los pacientes 22 y 38 (figuras 45 y 46). En el caso del primero de ellos, se puede apreciar un incremento limitado a las actividades distractivas que implican movimiento, que consideramos consecuencia directa de las prescripciones de aumento de actividad física. Por lo demás, llegó a preocuparnos el cuadro que, al parecer, se estaba produciendo: la paciente se encerró más en casa (diminución de las actividades de fuera de casa y de distractivas que implican desplazamiento) y disminuyeron todas las actividades distractivas, aunque menos marcadamente. Por estas y otras razones, pensamos en un cuadro de depresión y se tomaron las oportunas medidas en este sentido.

En el caso del paciente 38, tampoco se produjeron prácticamente cambios, ni siquiera en cuanto a las actividades de movimiento, indicando un mal cumplimiento de nuestras instrucciones (confirmado posteriormente en la entrevista con el interesado y su esposa). Pero, en la medida en que se produjo un ligero incremento en actividades de fuera de casa (sí daba más paseos) y sociales, su evolución no nos preocupó. Simplemente, tuvimos una vez más ocasión de comprobar lo difícil que resulta conseguir cambios en los patrones de comportamiento cuando sólo se puede contar con recursos verbales, no de enseñanza y entrenamiento específicos.

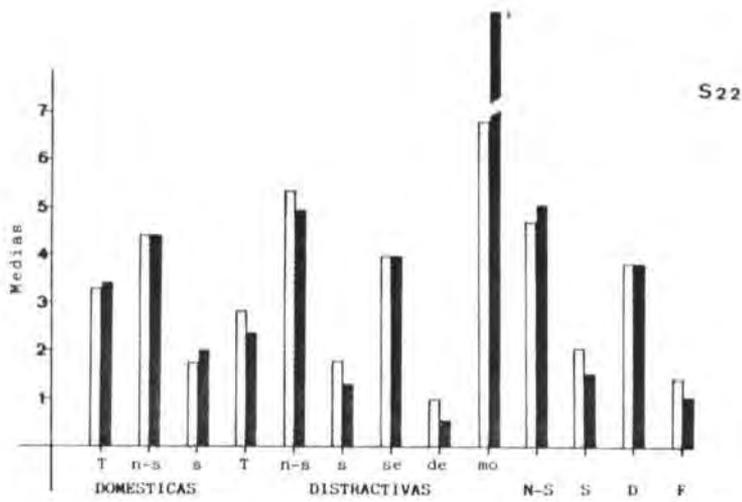


Fig. 45.- Indicador del patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 ( □ | : primera | : segunda )

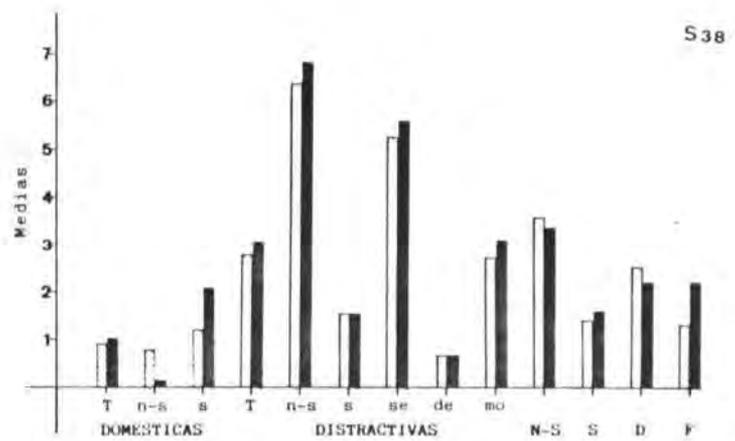


Fig. 46.- Indicador del patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 ( □ | : primera | : segunda )

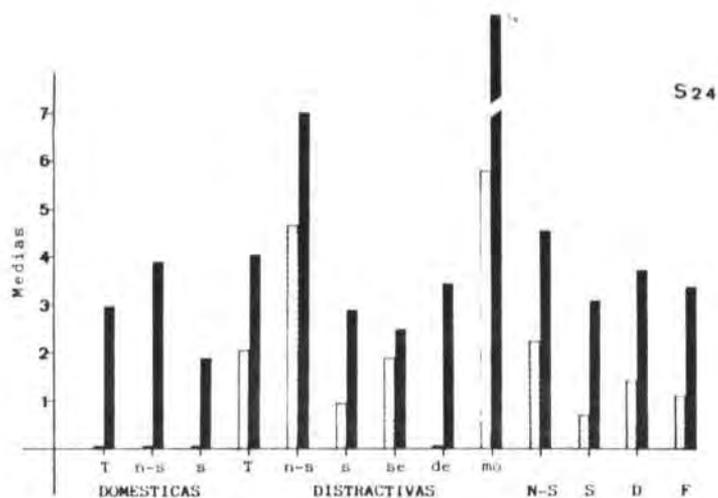


Fig. 47.- Indicador del patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 (□) : primera (■) : segunda

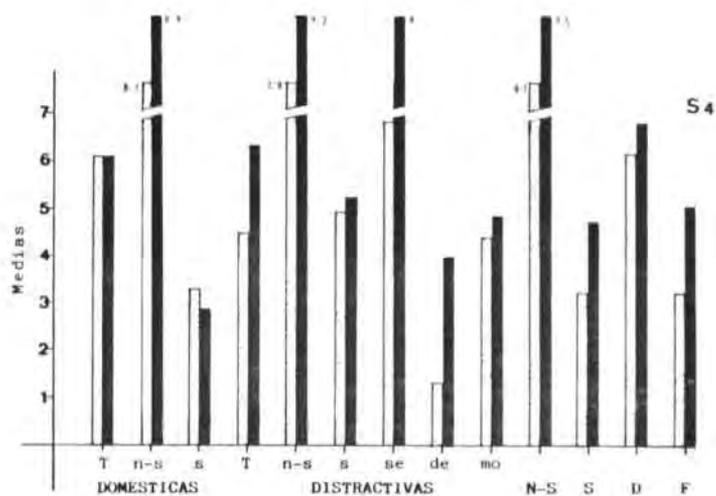


Fig. 48.- Indicador del patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 (□) : primera (■) : segunda

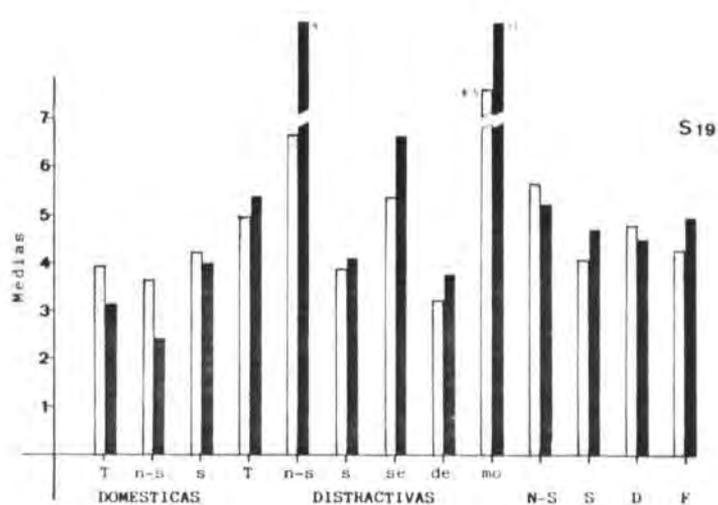


Fig. 49.- Indicador del patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 (□) : primera (■) : segunda

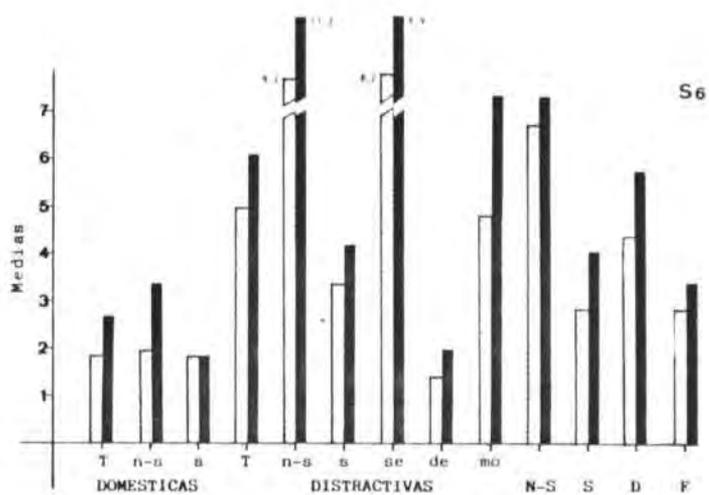


Fig. 50.- Indicador de patrón de actividad. Comparación entre dos administraciones sucesivas.  
 (□) : primera (■) : segunda

La segunda posibilidad, de incremento muy pronunciado, queda ejemplificada por los pacientes 24 y 4 (figuras 47 y 48), que hemos seleccionado porque representan dos casos opuestos en cuanto al nivel inicial. Por lo que respecta al paciente 24 (figura 47), éste era bajísimo. Prácticamente se pasaba el día sentado viendo la televisión y leyendo, dando de vez en cuando algún corto paseo. El incremento se produjo en casi todos los grupos de actividades (se produjo un cambio de nivel de frecuencias en seis de ellos) y creo que se puede hablar inespecíficamente de un aumento del patrón general de actividad. Este era también el paciente en el cual se produjo un más marcado descenso en las curvas de los índices de intensidad referida de dolor y uno de los que dieron una mejor respuesta en el tratamiento de removilización.

Además del incremento inespecífico en todas las categorías, me parece especialmente positivo el que afecta las actividades domésticas (esta persona tomó a su cargo el preparar las comidas y hacer la compra diaria), el cumplimiento en cuanto a la actividad física, el que se incrementaran, dentro de las actividades distractivas, las que implicaban desplazamiento y, por último, el equilibrio en de las dimensiones social-no social y dentro-fuera de casa. Este equilibrio se encontraba sistemáticamente en los varones y nos pareció positivo que la influencia del tratamiento consistiera en producir un resultado "normal".

En el caso del sujeto 4 (figura 48), se puede apreciar un incremento en prácticamente todas las categorías de actividades y el resultado que nosotros consideramos más positivo: un mayor equilibrio en la segunda administración entre grupos de actividades simétricos en las dimensiones consideradas. En este caso, sólo se produjo un cambio en el nivel de frecuencias en cuatro grupos de actividades, pero se tuvo en cuenta el elevado nivel inicial de algunos de ellos y el que aún así se produjeran incrementos.

Los dos casos restantes, pacientes 19 y 6 (figuras 49 y 50), representan grados intermedios de cambio según nuestros criterios, algo restrictivos. Probablemente, con ulteriores estudios, se puedan tener datos más matizados para apreciar la significación clínica y la importancia de tales cambios. El paso de un nivel de frecuencia a otro se produjo en actividades aisladas pero no fue suficiente para influir en los grupos de actividades. De aquí que los consideremos como casos intermedios.

Las actividades cuya frecuencia aumentó fueron, para el paciente 19, las actividades sexuales, hacer reparaciones en casa, cuidar e instruir un niño, dar un paseo en coche, llamar por teléfono y realizar ejercicio físico. Es curioso observar el decremento en las actividades domésticas, sobre todo las no sociales, tales como barrer y fregar los platos. En este caso, no lo consideramos preocupante porque hubo un aumento generalizado en otras esferas que implican esfuerzo físico continuado. Dimos por supuesto que, "tutto sommato", la esposa compartiría esta impresión de evolución favorable.

En cuanto al paciente 6, las actividades aisladas que se incrementaron en frecuencia fueron también hacer reparaciones en casa (también se trataba de un hombre), comprar cosas que no fueran comida, dar un paseo en coche, escribir cartas y realizar ejercicio físico.

A modo de resumen, se han considerado como posibles indicadores de una evolución positiva en cuanto al patrón de actividad los siguientes factores:

- a) El número de cambios en el nivel de frecuencias, tanto de grupos como de actividades aisladas.
- b) El incremento específicamente referido a las actividades sociales y a las de fuera de casa, ambas en general.
- c) Dentro de las actividades distractivas, el incremento de las que implican desplazamiento.
- d) El equilibrio en grupos simétricos respecto a una misma dimensión.

### INFLUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN EL NIVEL BASAL CONDUCTUAL

En esta parte del tratamiento, consistente en la removilización, se aplicaron los procedimientos descritos anteriormente y basados en los trabajos de Fordyce (1976). Las sesiones de tratamiento duraban, por lo general, también diez días y al cabo de las mismas el paciente recibía unas prescripciones de ejercicios a realizar por su cuenta, con el mismo tipo de incrementos (una repetición por sesión hasta llegar al máximo preestablecido) que durante el tratamiento. Estos ejercicios eran anotados en una hoja de registro, junto con las observaciones pertinentes, y revisados en las sucesivas visitas.

En algunos casos, se realizaron sesiones de seguimiento, para comprobar los datos del paciente o bien intentar averiguar más de cerca en qué consistían los problemas que explicaba. Los pacientes a los cuales se aplicó el tratamiento, además de la determinación del nivel basal, fueron 15. El seguimiento de diez sesiones completas (los otros casos fueron de un menor número de sesiones, las necesarias para reestructurar o revisar las prescripciones) fueron 3.

El programa de tratamiento conductual de removilización se basó también rigurosamente en cuotas, empezando generalmente por un valor bajo del nivel basal, pero sin preocuparnos de que lo fuera excesivamente, como insiste Fordyce, ya que la mayoría de pacientes presentaba, como se ha dicho, un nivel basal ascendiente en cuanto a la tasa y esto permitía dejar de ser excesivamente cautos o

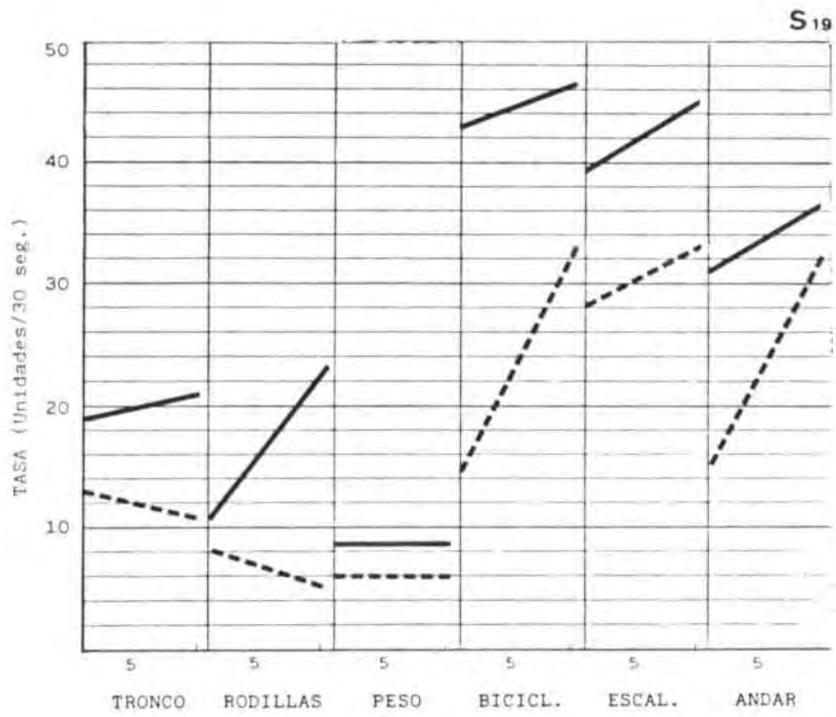


Fig. 51.- Ejercicio. Comparación entre nivel basal y tratamiento.

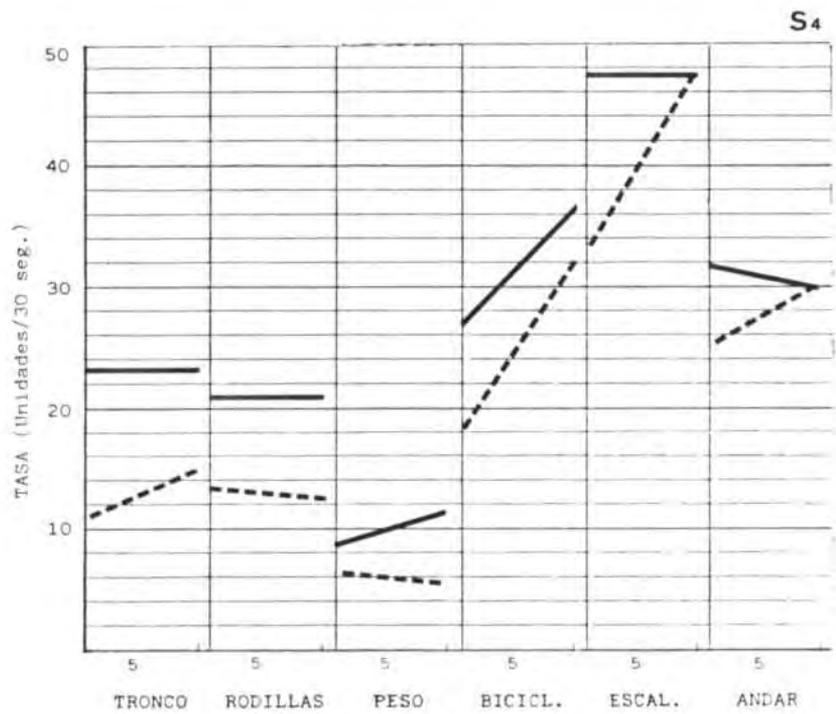
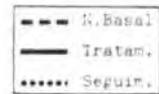
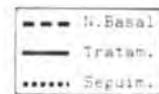


Fig. 52.- Ejercicio. Comparación entre nivel basal y tratamiento.



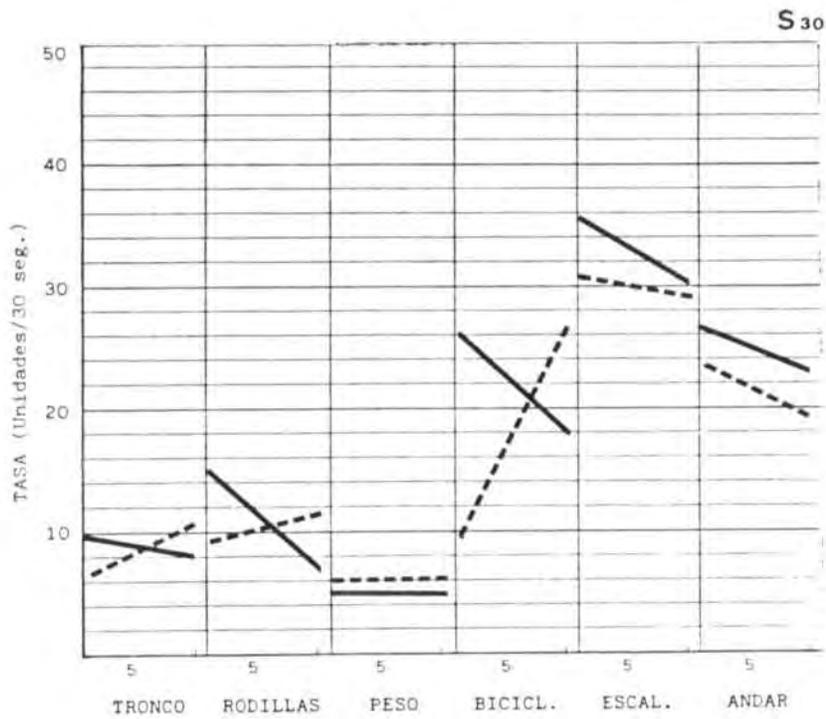


Fig. 53.- Comparación entre nivel basal y tratamiento.

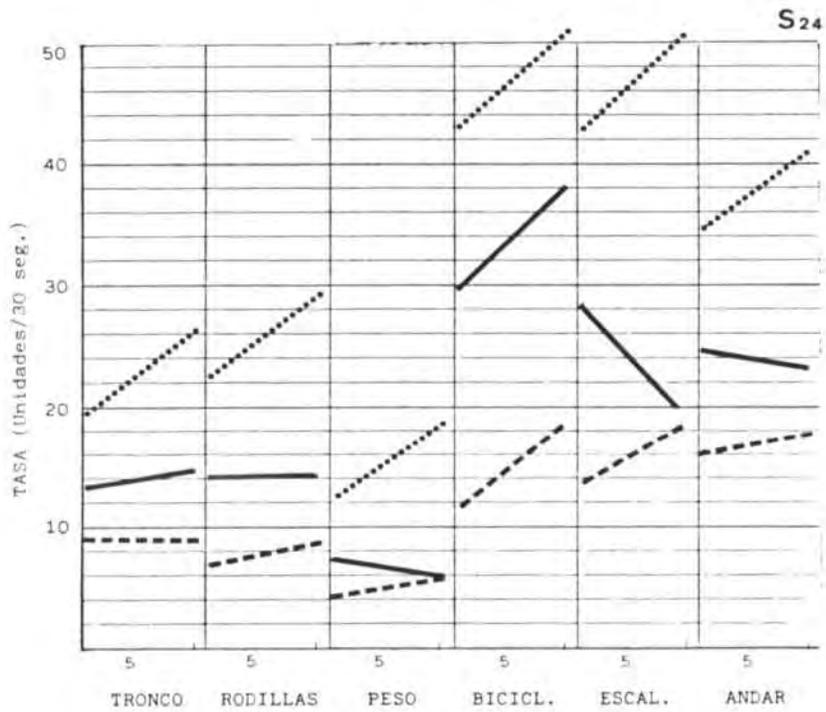
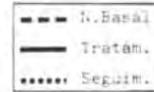
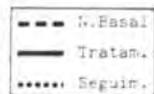


Fig. 54.- Ejercicio. Comparación entre nivel basal, tratamiento y seguimiento.



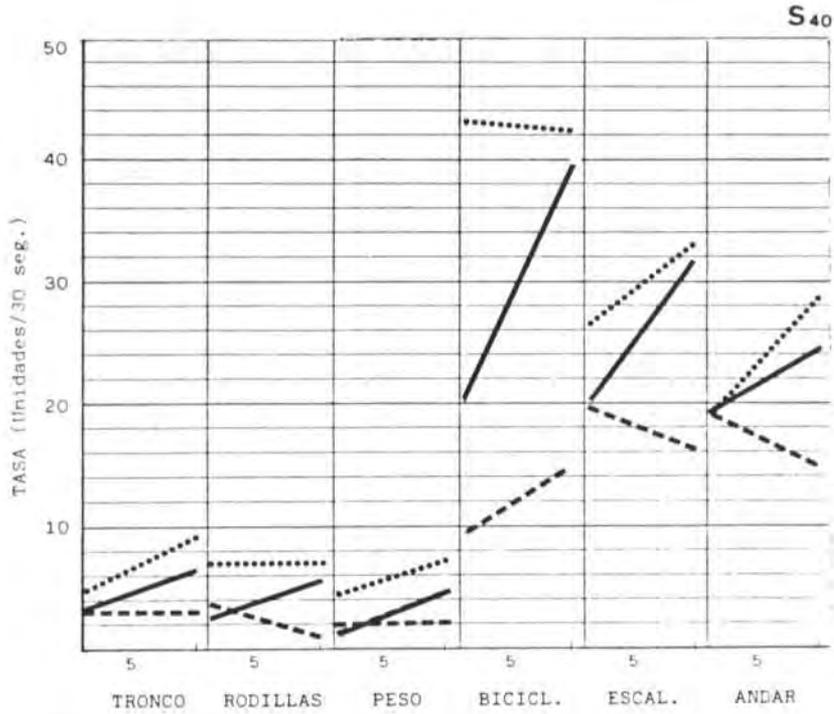


Fig. 55.- Ejercicio. Comparación entre nivel basal, tratamiento y seguimiento.

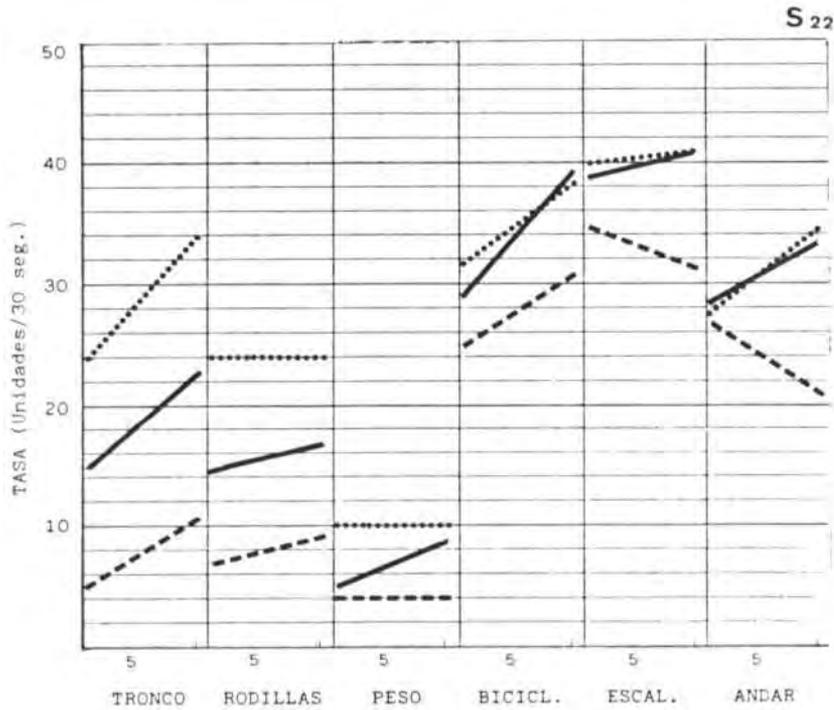
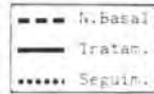
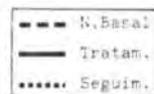


Fig. 56.- Ejercicio. Comparación entre nivel basal, tratamiento y seguimiento.



conservadores.

A continuación se presentan seis gráficas de pacientes, consideradas ilustrativas de diversos efectos del tratamiento. En todos los casos se han representado sólo las "Split middle lines" de las tasas, en cada condición considerada: el nivel basal, el tratamiento y, en tres casos, el seguimiento. Como se dijo, nos ha parecido más interesante basarnos en las tasas que simplemente en las frecuencias, porque en éstas el terapeuta incide directamente (indicando, en cada caso y en cada sesión el número de repeticiones a hacer), mientras que la tasa depende en parte del paciente y puede servir como medida indirecta pero más válida de su rendimiento. Por otra parte, creo que desde el punto de vista de la actividad física, también se tiende a considerar la tasa como una medida más válida que no simplemente el número de ejercicios realizados.

La gráfica del paciente 19 (figura 51) representa un ejemplo de lo que hemos considerado efectos muy positivos del tratamiento. Las razones de ello están, en primer lugar, en el mayor nivel que sistemáticamente tiene la recta correspondiente al tratamiento y, sobre todo, en el hecho de que, en todos los casos, exceptuando el levantar el peso, estas rectas son aceleradas, indicando un aumento de la tasa a lo largo del tratamiento. El que esto no se produzca en relación con la tercera actividad no me parece haya de ser tomado muy en cuenta porque considero que la duración de cada repetición del movimiento (consistente en levantar un peso hasta la altura del pecho y volverlo a dejar en el suelo) era tal que fácilmente se alcanzaban valores de

techo.

La gráfica de la paciente 4 (figura 52) representa un ejemplo de eficacia intermedia del tratamiento. Si bien los niveles de las rectas correspondientes al tratamiento son siempre más elevados, no se producen más que dos instancias de aceleración y se presenta una de desaceleración. Esta gráfica haría pensar que se ha llegado a un techo, no ulteriormente superable.

La gráfica de la paciente 30 (figura 53) representa muy claramente, a mi entender, un ejemplo de efectos negativos del tratamiento. Aunque también se produce el incremento de nivel inicial de las rectas correspondientes al tratamiento, éstas son casi todas de desaceleración y de pendiente pronunciada. Es interesante observar que estos efectos no parecen estar presagiados por ningún elemento - por lo menos, ningún elemento que hayamos sabido encontrar - de las características del nivel basal, cuyas rectas son muy semejantes a las de los demás pacientes, incluso de los que respondieron muy bien al tratamiento.

Las tres últimas gráficas representan ejemplos distintos de datos recogidos en las sesiones de seguimiento. Dichas sesiones se realizaron siempre después de un tiempo en el cual el paciente tenía que seguir realizando estos ejercicios, por su cuenta. En cierto modo, la información recogida en estas sesiones es orientativa del grado y de la eficacia del cumplimiento de las instrucciones por parte del paciente.

En la figura 54 se representa un ejemplo de cumplimiento muy eficaz. Las tasas obtenidas en las sesiones de seguimiento superan ampliamente y en todos los casos los resultados del tratamiento, que no habían sido, como puede observarse, excesivamente deslumbrantes. No sólo el nivel de las rectas es muy superior, sino que su inclinación es siempre de aceleración y su pendiente muy pronunciada. Es interesante observar en este caso (y por esto he querido poner las dos gráficas juntas) que los datos que se hubieran obtenido sólo a partir de la consideración del nivel basal en este paciente hubieran hecho pensar en una situación menos favorable que la paciente 30 (figura 53).

Las figuras 55 y 56, finalmente, presentan ejemplos de tratamientos eficaces pero de escasa superación en el seguimiento. Si esto es debido a factores de techo o a insuficiente cumplimiento por parte de los pacientes, es difícil de determinar. Mi impresión es que la paciente 22 representa un ejemplo de la primera posibilidad apuntada y el paciente 40, de la segunda. Los elementos en los cuales me baso consisten en tener en cuenta que se presenta una tendencia de nivel más elevado respecto al tratamiento y acelerada sólo en una de las seis ejercicios, en el caso de la paciente 22, mientras que en el otro paciente, la mayoría de rectas son más elevadas e indicativas de un incremento, sugiriendo que el rendimiento mejoran por el mero hecho de hacer que el realice ejercicio físico.

A modo de resumen, los elementos que se han considerado indicativos de los efectos del tratamiento de ejercicio físico han consistido en propiedades de la recta representativa de las tasas de ejecución: su nivel, su inclinación y su pendiente. Ninguna de estas u otras características en las rectas correspondientes al nivel basal permiten formular previsiones respecto a cuál va a ser el efecto o la respuesta del paciente al tratamiento. Esta sería una razón más para cuestionar el valor informativo de las medidas que dependen de la tolerancia, o que se obtienen en condiciones "basales". Una última consideración a hacer, a la vista de estos datos, y en esto coincidiría la observación de cualquiera de las condiciones estudiadas, se refiere a las grandes diferencias en el comportamiento de los pacientes en los distintos tipos de ejercicios y, por consiguiente, en la necesidad de proceder con mucha cautela al formular cualquier tipo de generalización.

CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

El propósito del presente trabajo era realizar un estudio descriptivo de un cuadro determinado de dolor crónico ( el dolor lumbar bajo) basado estricta y exclusivamente en los supuestos conceptuales del análisis conductual y los procedimientos de recogida de información que le son propios.

La perspectiva desde la cual se realizó el análisis fue de la distancia mínima de los hechos observados que permitiera su categorización como objetos de estudio psicológico. Dada la imposibilidad lógica de abordar directamente la realidad a estudiar y puesto que se trataba de un terreno para mí muy poco conocido (en lo que no fueran referencias bibliográficas), en este trabajo se ha procurado acercarse lo más posible al fenómeno cuyo estudio interesaba ( como diría Mahoney, "ir a esprimir datos de los pacientes"), estudiarlo con tranquilidad, sin urgencias por llegar a conclusiones globales y basándose en modelos de escasa envergadura, constituidos por elementos muy moleculares, que pudieran ser más fácilmente autocorrectivos.

Una de sus características es haber utilizado el tratamiento como un elemento más de investigación, que sirviera para evaluar la información recogida en las anteriores fases y orientar sobre su sensibilidad, pertinencia y significado. De ninguna manera se ha pretendido llegar a conclusiones sobre la bondad de los tratamientos

conductuales respecto a otros posibles. Precisamente una de las aspiraciones de este estudio era obtener indicadores comportamentales de la eficacia o de la incidencia de los tratamientos, que permitieran establecer comparaciones entre los mismos.

Se han utilizado tratamientos conductuales no sólo porque era lo coherente con la línea seguida a lo largo de todo el trabajo sino también porque, creo que son los que ofrecen una información más puntual y sistemática. En otras palabras, son los más explícitos y los que implican un menor nivel de inferencia. Por estas razones, permiten que los procedimientos utilizados sean más fácilmente autocorrectivos.

Los supuestos de los cuales se partiō consistían básicamente en dónde había que ir a buscar la información y cuál era el contexto que podía dar sentido a los datos recogidos. Puesto que se trataba de un estudio psicológico, la información no podía provenir más que del comportamiento de los pacientes, explicado a partir de modelos interaccionales.

Dentro de los fenómenos psicológicos, la categoría a la cual se consideró más coherente adscribir el conjunto de fenómenos que constituyen el dolor crónico es la de los factores disposicionales. En esto consistirían las diferencias, desde el punto de vista psicológico, entre el dolor crónico y el dolor agudo, que sería más fácilmente explicable como estimulación directa y a menudo refleja, algo análogo a lo que sucede en el estudio de los efectos comportamentales de los psicofármacos. En cuanto factor

disposicional, el dolor crónico sólo podría estudiarse como un fenómeno contextual e histórico, analizando su influencia y su papel modulador en la probabilidad de interacciones específicas.

La principal conclusión de carácter general que creo se puede sacar del presente trabajo es que sí es posible y tiene sentido estudiar los pacientes con dolor crónico desde el punto de vista del análisis y de la evaluación conductuales y que también en este campo éstas pueden proporcionar información ordenada y sistemática y poner de manifiesto indicadores específicos de cambio. La significación tanto clínica como estadística de los mismos sería materia de otros tipos de trabajos, de muy superior envergadura.

Algunas de las conclusiones específicas que se pueden tentativamente sacar, se resumen a continuación.

- A. El tipo de dolor crónico estudiado constituye un cuadro mal definido, de oscilaciones graduales y poco acusadas. La situación a la que da lugar está caracterizada por elementos estimulares borrosos, que se confunden y se superponen entre sí, dejando abierta la posibilidad a muy variadas influencias. No sería esta influencia diversificada y variable lo que hace confuso el cuadro, sino que se produce de una forma especial precisamente porque el cuadro es confuso. Tal situación obligaría a cuestionar la validez e incluso la utilidad de las medidas basadas en la tolerancia y de las prescripciones "según necesidades".

- B. A la par de estas dificultades para la discriminación, es evidente el esfuerzo de los pacientes para proporcionar información específica y matizada y para connotar con la mayor exactitud que les es posible la localización, la evolución y las otras características descriptivas de su dolor. Uno de los elementos en el que, a mi entender, puede apreciarse esta actitud de colaboración de los pacientes consiste en las diferencias en sus descripciones y registros entre el dolor lumbar y el dolor en otras localizaciones.
- C. Un factor susceptible de influir negativamente en el cuadro y presente en casi todos los pacientes estudiados consiste en los problemas de sueño y de sueño poco reparador, que establecen un ciclo de dolor ininterrumpido, agravado o no mejorado por el sedentarismo. Es de destacar, asimismo, la no aparente influencia positiva de los fármacos inductores del sueño.
- D. Es difícil establecer o determinar unos patrones claros de ingestión de medicamentos y de uso de procedimientos analgésicos. A este propósito, es de destacar, en el ámbito clínico, el abuso de prescripciones de benzodiazepinas, la práctica inexistencia de administración habitual de antidepresivos y la tendencia a prescribir pautas de medicación "según necesidades". Por lo que hace referencia a los pacientes, se aprecia la tendencia a buscar efectos analgésicos (farmacológicos o no) a corto plazo y como algo afín a sí mismo, nunca como medio para instaurar medidas a largo plazo, como serían por ejemplo, los ejercicios de removilización.

- E. Es notable la pobreza de los recursos distractivos de estos pacientes, aunque quizás se trate de una característica más general de lo que se ha podido apreciar aquí. Esta pobreza de recursos sería más evidente en las mujeres, sobre todo jóvenes, y estaría agravada por la baja laboral y las consecuentes limitaciones en contactos y estimulaciones sociales diversificadas.
- F. La influencia del cuadro de dolor en términos de incapacitación y reducción del nivel general de actividad, referidos sobre todo a las actividades domésticas (que son las que más fácilmente pueden constituir un elemento de removilización) es difícil de contrarrestar en los hombres por problemas de tipificación y cristalización de roles. Por otra parte, en este trabajo se ha podido constatar, una vez más, la dificultad para cambiar los patrones conductuales basándose exclusivamente en sugerencias verbales, es decir, sin poder recurrir a entrenamientos específicos.
- G. Se aprecia de una forma general una positiva respuesta al tratamiento basado en el ejercicio, ya en la fase de determinación del nivel basal, de una forma independiente de los factores relacionados con el sexo, la edad o el tiempo de evolución del cuadro actual.

- H. El ejercicio y la actividad física no sólo no agravan el cuadro sino que en general lo atenuan y sistemáticamente lo hacen más claro es decir, más discriminable. Esta última es, a mi entender, la principal razón de la conveniencia de la prescripción del ejercicio. En otra línea, estos datos irían en contra de la indiscriminada prescripción (o autoprescripción) de reposo en los cuadros crónicos.
- I. Como siempre que se utilizan niveles de análisis muy inmediatos, se han puesto de manifiesto las dificultades para la generalización. Un ejemplo de tales dificultades puede hallarse en el ámbito del ejercicio físico, en el cual se ha hecho patente la imposibilidad de hablar de un nivel general, dadas las diferencias en "performance" en las diversas actividades y entre la situación de nivel basal (establecido en función de la tolerancia) y de tratamiento (establecido en función de cuotas prefijadas y progresivas).
- J. En este estudio se ha sugerido la posibilidad de utilizar algunos de los factores observados como factores de agrupación de los pacientes o como indicadores de la incidencia del tratamiento. Algunos de estos factores podrían ser las curvas o patrones de evolución de los índices de intensidad estimada de dolor, las categorías de actividades en las cuales se manifiesta una mayor incapacitación o el desequilibrio en las mismas y la respuesta al tratamiento de removilización.

- K. Desde el punto de vista de los procedimientos empleados, hay que resaltar la conveniencia de los instrumentos de autorregistro, ya que la información que aportan, sin contradecir los datos que se obtienen mediante el autoinforme, es más rica y está más matizada. En segundo lugar, creo que la validez de algunas de las medidas empleadas queda apuntada por su variación específica en relación con el tratamiento (índices de intensidad estimada del dolor en diferentes localizaciones) y por la presentación de diferencias que están de acuerdo con lo que es esperable en función de datos tales como la edad, el sexo o la presencia de hijos menores (indicador del patrón de actividad). Por último, considero que es un procedimiento metodológicamente correcto el haber comparado sistemáticamente los casos positivos con los negativos para analizar la información obtenida. Este procedimiento estaría en la línea de buscar primero las diferencias, luego las diferencias significativas y a partir de ellas las dimensiones críticas.
- L. Los datos recogidos no contradicen ni invalidan los estudios clínicos o fisiológicos, sino que, a mi entender, los amplían o los sitúan en diferente contexto. Para citar sólo un ejemplo, la constatación de los efectos beneficiosos del ejercicio es compatible perfectamente con una explicación basada en la liberación de péptidos opiáceos. Por otra parte, soy del parecer que, antes de recurrir a explicaciones muy molares y complejas, es conveniente adoptar una postura muy parsimoniosa y asegurarse que estén bien estudiados y - a escala terapéutica - bien resueltos los problemas simples de los cuales hay una inmediata constancia. La

mayoría de estos problemas más simples son los que se han citado: la administración de los recursos analgésicos (farmacológicos y no), los trastornos del sueño, las pautas de reposo y ejercicio físico y los patrones de actividades funcionales básicas. Sólo tras haber descartado la influencia de estos factores mantenedores, creo que es lícito plantearse explicaciones más indirectas o más inferenciales y abstractas.

En casi todos los instrumentos utilizados creo actualmente que se podrían introducir modificaciones dirigidas a completar y a mejorar la información recogida. Las principales entre estas modificaciones serían las siguientes:

- A. En lo que se refiere a la historia clínica, matizar más las posibilidades sobre los factores físicos que influyen en el dolor y formular mejor las preguntas finales dirigidas a recoger información sobre el coste del problema actual y las expectativas del paciente en cuanto al tratamiento y a los resultados del mismo.
- B. Elaborar una adaptación en nuestros idiomas del MPQ y utilizarlo tanto en situaciones clínicas y como experimentales. Pero sería necesario buscar formas de valoración distintas de los índices cuantitativos para establecer los perfiles de los diversos cuadros.
- C. En cuanto al diario de dolor, introducir, en correspondencia de los niveles de estimación posibles, referentes objetivos basados en grados de incapacitación, modificar la forma de registro en el

sentido de que el paciente indique para qué dolor toma medicación y, en general, adaptarlo para recoger unos mejores datos sobre los efectos de la misma.

- D. Utilizar el indicador del patrón de actividad en grupos variados de población tanto normal como patológica (me parece que resultaría muy interesante, por ejemplo, la información que pudieran proporcionar pacientes depresivos en distintas fases de tratamiento o recuperación) y para obtener datos normativos que permitan valorar adecuadamente los perfiles obtenidos. Tales datos normativos no se refieren al posible universo estadístico sino a indicadores de funcionamiento adecuado.

Desde un punto de vista más general, considero incompleto el estudio realizado por no haber abordado algunas cuestiones o ámbitos de carácter más amplio, que hubieran sido coherentes con la línea adoptada.

En primer lugar, el haber efectuado una intervención de rehabilitación y reaprendizaje limitada sólo a la esfera del ejercicio físico. Es evidente que esta esfera es importante y que un mínimo grado de eficiencia en ella es una condición previa para abordar la normalización de los patrones de comportamiento en un sentido más global. Pero no tiene mucho sentido enseñar lo que, en términos de instrucción, llamaríamos los requisitos, cuando no se pueden enseñar las habilidades para las cuales estos aprendizajes serían requisitos.

Por otro lado, la insistencia en la normalización de los aspectos que se refieren al comportamiento de la persona en su ambiente natural queda como algo puramente literario si no se ponen a punto los procedimientos y recursos para incidir precisamente en este ámbito o en factores comportamentales significativos y pertinentes en el mismo.

Esta insistencia en la necesidad de incidir en habilidades y aspectos propios de la adaptación fuera del contexto clínico no ha de verse como un desmesurado deseo de intromisión en la vida de los pacientes, sino como una consecuencia lógicamente derivada de las premisas del estudio. Si se considera importante la adaptación y los recursos de los pacientes en la vida de cada día, es necesario disponer de instrumentos que puedan medir adecuadamente estos recursos y poner de relieve sus posibles deficiencias. Para elaborar estos instrumentos no sólo es necesario acercarse a las condiciones naturales del comportamiento sino que es indispensable elaborar estrategias de intervención o tratamiento que, como se ha dicho con referencia a otros puntos, permitan evaluar la pertinencia, la sensibilidad, y la validez de los instrumentos de medida o de evaluación empleados.

Como consecuencia práctica de lo dicho, considero el presente estudio incompleto por la ausencia de intervención estructurada por lo menos en lo que podríamos llamar terapia ocupacional. Dicho en otras palabras, creo que ha faltado la evaluación y el tratamiento, si no en el contexto natural, si por lo menos en un ambiente creado en el ámbito clínico, que fuera análogo al ambiente natural, en el sentido de intentar reproducir sus dimensiones más importantes y más

significativas para los problemas del paciente, a fin de que éstos pudieran ser evidenciados, estudiados y tratados.

Considero que este tipo de estrategias no sólo pueden ofrecer a los enfermos un auténtico "servicio" sino que permite que avance nuestro conocimiento sobre las dimensiones pertinentes de lo que constituye el problema de los pacientes con dolor crónico o, por lo menos, se sitúe en terrenos más firmes.

De todos los elementos de este contexto que permitiera el estudio de las habilidades funcionales, echo especialmente en falta un trabajo específico en el ámbito de las habilidades sociales y de comunicación. Esta es la razón por la cual se ha dado tan poca importancia al análisis y a la evaluación de las conductas de dolor: no nos proporcionaban más que datos negativos. Este estudio habría tenido sentido sólo en cuanto componente de un paquete de procedimientos terapéuticos y de evaluación orientados a incidir en los repertorios comportamentales adaptativos.

Sólo si se hubiera previsto la posibilidad de enseñar técnicas alternativas de comunicación y control sociales hubiera tenido sentido estudiar también la frecuencia y las características de los comportamientos inadecuados en este ámbito. Si las conductas de dolor preocupan en la medida en que sustituyen repertorios más adecuados, es por la incorporación y el aprendizaje de éstos por los que hay que preocuparse.

De todas formas, siempre me hubiera parecido insensato, en caso de haber sido necesario, intervenir en las conductas de dolor en el ámbito clínico, el único en el que son adaptativas o pueden serlo. La intervención a este nivel debería haberse realizado en el lugar en el que son significativas y potencialmente patológicas: el ambiente natural o una situación que lo reprodujera en sus aspectos más críticos.

Consideraciones análogas pueden hacerse en referencia a otro punto: la intervención sistemática a nivel de la persona significativa en el contexto social significativo, por ejemplo, el cónyuge. Se intentó en algunos casos, haciendo que la esposa presenciara la realización de los ejercicios físicos a fin de que reparara en su ausencia de riesgo, y pudiera observar comportamiento alternativos a las conductas de dolor. Pero seguía siendo una caricatura de lo funcional. Esto hubiera tenido sentido sólomente en el contexto de una situación en la cual poder practicar comportamientos susceptibles de ser inmediatamente generalizados al ámbito natural.

Pero incluso para consolidar y confirmar estas reflexiones considero que son necesarios ulteriores estudios. Estos estudios, en primer lugar, tienen que dirigirse a validar el peso o la significación, tanto clínica como estadística de las diferencias encontradas entre los pacientes y poner de manifiesto si estas diferencias realmente perteneces a dimensiones críticas y definitorias de los distintos grupos.

En segundo lugar, considero que sería necesario que estos estudios se llevaran a cabo en grupos no seleccionados o muy diversos de pacientes y, sobre todo, de no-pacientes, es decir de personas que han mostrado disponer de recursos para evitar una evolución negativa. Es precisamente en el ámbito de los recursos adaptativos donde nuestra ignorancia es mayor. Y ello es importante no sólo desde el punto de vista de la eficacia asistencial sino también de la comprensión del fenómeno. Creo que es una posibilidad que hay que tener siempre presente el que los pacientes pueden caracterizarse no por la presencia de factores negativos sino por la ausencia de factores compensadores. A escala de absoluta trivialización, a menudo he pensado que los pacientes estudiados se diferenciaban de casos de evolución positiva o de personas sanas no porque les dolía más sino porque se reían menos.

En tercer lugar y como consecuencia del punto anterior, creo de especial importancia realizar estudios prospectivos dirigidos a poner de manifiesto los mecanismos de cronificación y, por consiguiente, que consideren las fases de transición de un cuadro agudo a un cuadro crónico.

Es evidente que este tipo de estudios requieren de un trabajo por lo menos interdisciplinar, trabajo en el cual considero lógicamente indispensable la presencia de psicólogos en cuanto aportadores de elementos metodológicos de investigación, no simples técnicos que administren tratamientos preestablecidos o puntuales dentro de políticas terapéuticas exquisitamente eclécticas. La misma reflexión

creo que puede hacerse para los exponentes de cualquier otro campo de estudio relacionado con el dolor crónico.

Por último, creo que el estudio de los pacientes con dolor crónico tendría que estar enfocado sobre todo a los factores de incapacitación, a los problemas adaptativos y en el estilo de vida, es decir creo que tendría que darse mayor importancia a los aspectos vinculados a la cronicidad que a la entidad clínica, en sentido estricto.