

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA Y DEPARTAMENTO DE
BIOLOGÍA CELULAR Y PATOLOGÍA

**Estudio de variables psicológicas positivas y
percepción del dolor en pacientes con dolor
crónico.**

Tesis presentada por la máster en Salud Pública

Hazel Blanco Incer

Para obtener el grado de doctora en Investigación en Ciencias
Médicas

Directores: Dr. Ginés Llorca

Dr. Javier Ortiz Rodríguez - Parets

MAYO 2014

Agradezco

**A Dios, a mis padres, Jorge y Daysi, por siempre
apoyarme y creer en mí.**

**A mi hermano Jorge, por su gran apoyo,
Paciencia y acompañamiento, a
Mi hermana Carolina, también por poyarme,
y a mis sobrinos a
los que quiero y siempre he sentido cercanos.**

**A los directores de tesis Dr. Ginés Llorca, quien también es
Mi tutor, por su disposición para compartir su conocimiento
Y experiencia en la realización de este trabajo,
Así como al Dr. Javier Ortiz Rodríguez – Parets por
Aceptar guiarme en esta tesis**

Índice General

INTRODUCCIÓN	i
Primera Parte	1
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	1
1. GENERALIDADES DEL DOLOR CRÓNICO	2
1.1 Historia del dolor y su tratamiento	2
1.2 DOLOR: Conceptos básicos.....	5
2. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DEL DOLOR	7
2.1 Clasificación del dolor en función de su duración	7
2.1.1 Dolor agudo y crónico.....	7
2.2 Clasificación del dolor en función de su patogenia	9
2.2.1 Dolor somático	9
2.2.2 Dolor visceral	9
2.2.3 Dolor neuropático	9
2.2.4 Dolor psicogénico	10
2.3 Clasificación del dolor según su curso	11
2.4 Clasificación del dolor según su intensidad	11
2.5 Clasificación del dolor desde taxonomías generales	11
2.5.1 Clasificación de la American Psychiatric Association (APA).....	12
2.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor.....	12
2.5.2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	13
2.5.3 Clasificación International Association for the Study of Pain (IASP)	14
3 PSICOFISIOLOGÍA DEL DOLOR	15
3.1 Anatomía y fisiología del dolor	15
3.2 Percepción.....	18
3.3 Adaptación	18

3.4	Mecanismos de sensibilización	19
3.5	Semiología del dolor	19
3.6	Dolor crónico y plasticidad neuronal.....	20
3.6.1	Hiperexpresión génica	20
3.6.2	Cambio en el fenotipo de las fibras aferentes primarias.....	21
3.6.3	Fenómeno de Sprouting o arborización de las fibras A.....	21
4	MODELOS EXPLICATIVOS DEL DOLOR.....	22
4.1	Modelos Multidimensionales del dolor.....	22
4.1.1	Modelo de Melzack y Casey (1968).....	22
4.1.2	Modelo Jerárquico del dolor (Loeser y Black, 1975)	23
4.1.3	Modelo de Valoración Multiaxial (Turk y Rudy, 1988)	24
4.2	Modelos Psicológicos del dolor.....	24
4.2.1	Modelo Conductual	25
4.2.2	Modelo cognitivo - conductual.....	26
4.2.3	Control cognitivo del dolor.....	28
4.2.4	Modelo Integrador (multidimensional y psicológico). El modelo de los tres estadios del dolor.....	30
4.3	Aspectos Psicológicos y Conductuales del dolor crónico	31
5	PREVALENCIA Y COSTOS SOCIOECONÓMICOS	32
6	DOLOR CRÓNICO Y EMOCIONES POSITIVAS.....	34
6.1	Psicología Positiva.....	34
6.2	Emociones positivas y salud	36
6.2.1	Optimismo y Salud	38
6.2.2	Modelo teórico de Seligman y colaboradores: los estilos explicativos	39
6.2.2.1	El estilo explicativo pesimista – optimista:.....	39
6.2.2.2	Estilos atribucionales o explicativos:	40
6.2.2.3	La indefensión aprendida:	41

6.2.3	Modelo Teórico de Scheier y Carver	43
6.2.3.1	Optimismo disposicional:.....	43
6.2.3.2	Optimismo disposicional y enfermedades físicas:	45
6.3	La Esperanza	45
6.3.1	La Teoría de la Esperanza	47
6.3.2	Efectos positivos.....	48
7	EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO	50
8	TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO.....	53
8.1	Objetivos del tratamiento del dolor crónico:.....	53
8.2	Importancia del tratamiento precoz y eficaz:	53
8.3	Tratamiento farmacológico:	54
8.3.1	Analgesia y vía del dolor:	55
8.3.2	Analgésicos no opioides:.....	56
8.3.3	Mecanismo de acción de los AINEs:.....	56
8.3.4	Otros analgésicos no opioides:.....	58
8.3.5	Analgésicos opioides:.....	58
8.3.6	Inhibidores de la recaptación – Antidepresivos tricíclicos (ATC).....	60
8.3.7	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina	61
8.3.8	Anticonvulsivantes	62
8.3.9	Analgésicos tópicos	62
8.3.10	Opciones de posibles tratamientos futuros	63
8.3.11	Limitaciones del tratamiento farmacológico del dolor crónico:	63
8.4	Círculo vicioso del tratamiento del dolor crónico:	64
8.5	Tratamientos psicológicos	65
8.5.1	Técnicas de relajación y respiración	66
8.5.2	Biofeedback o Biorretroalimentación	68
8.5.3	Técnicas conductuales	69

8.5.4	Técnicas cognitivo – conductuales.....	70
8.5.5	Hipnosis clínica.....	71
8.5.6	Estrategias de grupo.....	73
8.5.7	Eficacia optimizada del tratamiento.....	73
Segunda parte.....		75
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....		75
9	DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	76
9.1	Objetivos e hipótesis del estudio.....	78
9.2	Método.....	81
9.2.1	Sujetos.....	81
9.2.2	Procedimiento.....	81
9.2.3	Instrumentos de evaluación.....	82
9.2.4	Diseño.....	85
9.2.4.1	Variables Cognitivas.....	85
9.2.4.2	Variables de dolor.....	86
9.2.5	Análisis de los datos.....	86
10	RESULTADOS.....	88
10.1	Descripción de la muestra.....	88
10.1.1	Datos demográficos.....	88
10.1.2	Diagnóstico y característica del dolor crónico.....	92
10.1.3	Repercusión del dolor crónico.....	97
10.2	Resultados de objetivos e hipótesis.....	98
10.2.1	Evaluar la esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.....	98
10.2.2	Evaluar el optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.....	100
10.2.3	Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.....	103

10.2.4	Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del dolor de parte del sujeto que lo padece.....	103
10.2.5	Evaluar la diferencia entre los sexos en las puntuaciones de esperanza y optimismo.	106
10.2.6	Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor), tienen mayor relación con la esperanza y el optimismo.	110
10.2.7	Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en el momento presente y la esperanza y el optimismo.	111
10.2.8	Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en los últimos siete días y la esperanza y el optimismo.	112
11	DISCUSIÓN.....	113
11.1	Descripción de la muestra	113
11.2	Objetivos e Hipótesis del estudio.....	116
11.2.1	Evaluar la esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.....	116
11.2.2	Evaluar el optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.....	118
11.2.3	Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.	119
11.2.4	Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del dolor de parte del sujeto que lo padece.....	120
12	CONCLUSIONES	128
12.1	Conclusiones generales del estudio	128
	BIBLIOGRAFÍA.....	130
	ANEXO 1.....	134
	Entrevista Clínica	134
	ANEXO 2.....	136

Instrumentos de Evaluación	136
----------------------------------	-----

Índice de Tablas

TABLA 1.....	10
Comparación entre el dolor somático y neuropático.....	10
Tabla 2.	17
Mediadores excitatorios e inhibitorios en el Sistema Nervioso Central (SNC).....	17
TABLA 3.....	91
Descripción de la muestra de estudio (n = 71).....	92
Datos demográficos.....	92
TABLA 4.....	94
Descripción de la localización del dolor en la muestra del dolor crónico (n = 71).....	94
TABLA 5.....	100
Nivel de Esperanza	100
TABLA 6.....	101
Nivel de Optimismo	101
TABLA 7.....	102
Coefficientes de correlación de Spearman	102
TABLA 8.....	110
Coefficiente de correlación de Spearman.....	110
TABLA 9.....	110
Coefficiente de correlación de Spearman.....	110
TABLA 10.....	111
Correlación de Spearman.....	111
TABLA 11.....	112
Correlación de Spearman.....	112

Índice de Gráficos

GRÁFICA 1	89
GRÁFICA 2	90
GRÁFICA 3	93
GRÁFICA 4	96
GRÁFICA 5	98
GRÁFICA 6	101
GRÁFICA 7	104
GRÁFICA 8	106
GRÁFICA 9	108

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un tema que en las áreas de la salud ha tomado relevancia, principalmente debido al logro en cuanto a las expectativas de vida, que en Costa Rica es de 77 años en hombres y 81 años en mujeres (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2012). Ante esto también hay que tomar en cuenta con cuanta calidad de vida se llega a esos años.

La definición que da la OMS (2005) al término calidad de vida es “la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

A esta definición es importante sumar la definición de salud la cual dice “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, esta definición no ha sido cambiada desde 1948).

Como se puede apreciar en ambas definiciones una persona que sufre de dolor crónico no cuenta con ninguno de los aspectos mencionados anteriormente. Es igualmente importante mencionar que el derecho a la salud es un derecho universal.

A lo largo de estos últimos cincuenta años, el dolor crónico y sus formas de tratamiento ha sido un tema de estudio no solo en el área de la medicina, sino también en la investigación y en diversas disciplinas, ya que se trata de un aspecto muy complejo que abarca todas las áreas de un ser humano.

Otra situación difícil que deben enfrentar las personas que sufren de dolor crónico es el tratamiento farmacológico, ya que como los mismos sujetos reportan, y además el personal clínico concuerda es que tratamiento farmacológico del dolor crónico severo es actualmente ineficiente. Con frecuencia los pacientes no reciben el tratamiento adecuado o bien están siendo tratados con sustancias potentes, por lo que es difícil alcanzar el equilibrio entre alivio suficiente del dolor y una tolerabilidad aceptable.

Una analgesia insuficiente que va acompañada de una tolerabilidad aceptable conduce a aumentos de la dosis para alcanzar un alivio satisfactorio del dolor.

Debido a la eficacia dependiente de la dosis de los opioides clásicos, el aumento de la dosis puede tener como resultado una analgesia eficaz.

Sin embargo, al mismo tiempo aumenta el riesgo de efectos secundarios dependientes de la dosis. Cuando la tolerabilidad es inaceptable o las medicaciones atenuantes de los efectos secundarios (por ejemplo, antieméticos contra las náuseas y los vómitos inducidos por los opioides) no ejercen su efecto deseado, los médicos o incluso los propios pacientes reducen la dosis analgésica. De hecho, la tolerabilidad aumenta, pero la analgesia inadecuada es la consecuencia involuntaria.

El resultado del Círculo Vicioso pueden ser los efectos secundarios, la falta de eficacia o la tolerancia analgésica, todos los cuales pueden conducir a abandonos del tratamiento y a un bajo cumplimiento de los pacientes.

Primera Parte

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.GENERALIDADES DEL DOLOR CRÓNICO

1.1 *Historia del dolor y su tratamiento*

Etimológicamente “pain” en inglés deriva de “poena” palabra del latín que significa “castigo” y la palabra “paciente” también del latín “patior”: el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor. Desde los mismos orígenes de la humanidad se habla de dolor tal y como lo menciona la Biblia “parirás con dolor”.

- **Civilizaciones antiguas:**

El hombre primitivo creía que el dolor estaba localizado en el cuerpo y que lo causaban los demonios, humores malignos o espíritus de muertos que entraban en el cuerpo a través de los orificios. Por tanto, tapaban o sacaban por aquellos a los espíritus malignos.

El hombre Neolítico, hace más de 9000 años, atacaba el dolor en el aspecto físico con plantas, sangre de animales, con frío y calor. Desde el aspecto psicológico con ritos mágicos, hechizos y comunicación con dioses.

Los sumerios en el 4000 a. C., usaban el hulgil o planta de la alegría, es la primera referencia histórica que se tiene del uso del opio.

En la civilización mesopotámica, 3000 a. C., “Asu” era el “médico” encargado de realizar exorcismos para aliviar el dolor. Decían oraciones para conseguir el perdón de los dioses, ya que el dolor era considerado un castigo divino. También empezaban a utilizar hojas de mirto (actualmente se sabe que contiene precursores del ácido acetilsalicílico).

En el antiguo Egipto el dolor era percibido como un castigo de los dioses Sekhament y Seth, consideraban los orificios nasal izquierdo y los oídos como las vías de entrada de la enfermedad y de la muerte, con lo que el tratamiento era purgar dicho dolor a través de estas vías. Sin embargo, hay pruebas donde reflejan el uso de plantas para la curación del mal, el Papiro de Ebers (1550 a. C.) describe con gran detalle el empleo del opio para el tratamiento de las cefaleas del dios Ra. Las civilizaciones del antiguo Egipto comenzaron a usar narcóticos vegetales como adormidera, mandrágora y el cannabis (Papiro de Hearst), que se cultivaban en India y Persia.

Durante los años 400 y 700 a. C. los incas peruanos tenían la creencia que la hoja de coca representaba un regalo de Manco Capac, hijo del dios del Sol, en compensación por todo el sufrimiento humano. En toda Sudamérica existían

tribus, en su mayoría nómadas, donde la coca estaba muy difundida. Las características fundamentales de su medicina fueron entre mágica y empírica. El hechicero jugaba un papel básico para aplacar los espíritus. Los mayas en México, promulgaban el dolor como sinónimo de muerte.

El budismo del siglo V a. C. planteaba el dolor como una frustración de los deseos, y por lo tanto, lo localizaban en el alma. Buda (556 a. C.) planteó “El dolor es universal. Nadie puede liberarse de él, desde el nacimiento hasta la muerte”. Los hindúes y budistas fueron los primeros en señalar la importancia del componente psicológico del dolor.

Los antiguos chinos creían que el dolor era una pérdida de equilibrio entre el ying y el yang, para ellos el dolor asentaba en el corazón.

Algunos sabios griegos defendieron la tesis de que el cerebro era el órgano regulador de las sensaciones y dolor. Otro gran grupo, encabezado por Aristóteles, defendía la teoría de que el dolor viajaba a través de la piel, por la sangre hasta el corazón. Hipócrates (460 – 377 a. C.) planteaba el dolor como una alteración del equilibrio normal del organismo que yacía en el corazón. El mismo Hipócrates describe el uso de la corteza del sauce blanco y lo recomendaba para aliviar dolencias de parto. En el 400 a. C. Platón y Demócrito referían que era una intrusión de partículas en el alma, y para ellos, estaba en el corazón. Aristóteles fue el primero en plantear el dolor como una alteración del calor vital del corazón, a su vez determinado por el cerebro.

Galeno (130 – 200 d. C.), su contribución al entendimiento del dolor y descripción del sistema nervioso relacionándolo directamente con el cerebro ha sido extremadamente avanzada para su época. Negaba la idea de un alma inmortal causante del dolor, definía el dolor como una sensación originada en el cerebro y utilizaba hojas de plantas como apósitos para úlceras y heridas abiertas.

Avicenna, médico persa, escribió en el siglo XI “El canon de la Medicina” en el que resaltaba la anatomía de los receptores para el dolor en el ventrículo anterior. Describe unos 15 tipos de dolor e inflamación.

- **Renacimiento y actualidad**

En el Renacimiento, Leonardo da Vinci hace una descripción anatómica de los nervios en el cuerpo humano y los relaciona directamente con el dolor, confirmando así la teoría galénica sobre el cerebro como motor central del dolor. Consideró el tercer ventrículo como estructura receptora de las sensaciones y la médula como conductora de estímulos.

Descartes en 1664 aportó el concepto de que el dolor viaja por finas hebras. Apoyó con sus teorías a Galeno, desacreditando a Aristóteles. Definía los nervios como “tubos” que transmitían sensaciones directamente al cerebro y de ahí a la glándula pineal.

Durante el siglo XVIII aparecen dos corrientes originales frente al dolor: el mesmerismo basada en un poder curativo con las manos y otra fundamentada en los avances de la química moderna, concretamente en el uso de los gases. Estos últimos van a impulsar el desarrollo de la anestesia.

En Alemania, en el siglo XIX se abre un nuevo campo a la investigación de principios activos procedentes de plantas. Serturmer, farmacéutico de Westphalia, se dio cuenta que al tratar el opio con amoníaco observaba unos cristales blancos, que purificó con ácido sulfúrico y alcohol. Estos “residuos” provocaban sueño en animales, lo denominó “morfium” (1804) en honor al dios del sueño Morfeo. En 1827, E. Merck & Company comercializó por primera vez la morfina.

Muller establece en 1840 la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor.

Un 30 de setiembre de 1846 William Thomas Green Morton, dentista de Boston, extrajo una muela sin dolor, un 16 de octubre de ese mismo año hizo una demostración pública en el Hospital General de Massachusetts usando éter sulfúrico, a quien el cirujano Collins Warren extirpó sin dolor un tumor cervical. Esta fecha es considerada históricamente como la primera anestesia general.

En la segunda mitad del siglo XIX se producen grandes descubrimientos farmacológicos y es remarcable el gran despegue de la morfina y coca en todo el mundo.

Entre 1930 y 1945 los pioneros del tratamiento del dolor era todo el gremio de la cirugía, siendo Leriche en 1939 el primero en publicar la idea de dolor crónico como “enfermedad” en su libro “La cirugía del dolor”. En 1942 – 43 Livingston comienza a explicar el mecanismo del dolor de la causalgia y sus estados afines, creando un laboratorio de investigación en dolor.

Debido a la Guerra Mundial, Beecher investigó la respuesta al placebo (1946), así como observaciones en los heridos de la Segunda Guerra Mundial. Sus publicaciones llevaron a que la comunidad médica pensara en el dolor como un producto de los factores físicos - psíquicos.

John Bonica y Alexander fueron los primeros clínicos en apreciar la dificultad en tratar el dolor y plantean la posibilidad de hacerlo en equipo. Debido a los problemas derivados de los heridos en la guerra implementa la primera unidad

dedicada al tratamiento del dolor en el Madigan Army Hospital en Tacoma, Washington.

En 1953 publica "The Management of Pain" exclusivamente sobre el tratamiento del dolor. El impulso del Dr. Bonica ha sido fundamental para el siglo XXI pues hasta 1960 no existían especialistas en dolor, el personal sanitario no disponía de información sobre fisiopatología y tratamiento del dolor. En 1953 J. Bonica impulsa las Unidades de Dolor y es en 1960, al ser nombrado Jefe de Anestesiología de la Universidad de Washington en Seattle, cuando crea la primera clínica multidisciplinaria del dolor (psiquiatra, cirujano ortopédico y neurocirujano) que ha servido de modelo para la multitud de clínicas alrededor del mundo.

El primer simposio internacional sobre el dolor y su tratamiento fue organizado por Bonica en Seattle en 1973, y ahí se crearon las bases para la creación de la "Asociación Internacional para el Estudio del Dolor" (IASP, siglas en inglés), dicha asociación edita desde 1975 la revista Pain dedicada exclusivamente a la investigación en dolor. Hay un gran avance en la creación de servicios médicos dedicados al tratamiento del dolor.

Trabajos como el de Clifford Wolf y Bennett puntualizaron, en 1991, el importante papel de los receptores N – Metil.D.Aspartato en la génesis de un estado de sensibilización central, produciendo dolor crónico, en 1996 investigaciones en nuevos mediadores de la inflamación como los canales de sodio y calcio, relacionados directamente con la transmisión de fibras aferentes, son claros ejemplos del moderno abanico de investigación del dolor en la actualidad.

1.2 DOLOR: Conceptos básicos

Hay dos distinciones en la caracterización del dolor, el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo se asocia a una causa específica y bien localizada, su aparición es rápida y su posterior mantenimiento se da hasta que la causa ha desaparecido.

Por su parte, el dolor crónico, que puede iniciarse con un dolor agudo, se caracteriza por que se mantiene un largo período de tiempo aún después de que se ha producido la curación, y por tanto la causa que lo producía.

El dolor crónico puede ser considerado como uno de los grandes problemas de salud de la sociedad contemporánea debido principalmente a:

- La alta prevalencia: en Estados Unidos existen 20 – 30 millones de personas afectadas de artritis, 25 millones de cefaleas crónicas, 8 millones de lumbalgias. (Donker, FJ., en Buela – Casal, 1991)
- Los elevados costes económicos y sociales que conlleva, como la elevada utilización de servicios médico – sanitarios, gastos en medicación, pérdidas de horas laborales, costos asociados a indemnizaciones. Se considera que solo en Estados Unidos el coste financiero del dolor crónico, valorando los anteriores conceptos se acerca a los noventa mil millones de dólares (Philips, HC., 1991)
- Los efectos que tiene en la vida de las personas: trastornos afectivos, problemas sociales, familiares, aislamiento, inactividad, efectos iatrogénicos de los tratamientos.

Pero principalmente el dolor crónico es una vivencia sumamente compleja, y así lo establece la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, siglas en inglés), la cual lo define como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma” (International Association Study of Pain, IASP., 1979)

Esta definición tiene implicaciones con importantes avances en la conceptualización del dolor ya que lo considera como algo subjetivo; da importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial ya que lo presenta como una experiencia compleja, donde se dan tres dimensiones:

- Sensorial discriminativa: su función es transmitir la estimulación nociva y describir su intensidad y características espacio – temporales. Es una primera codificación del dolor.
- Motivacional – afectiva: implica la vivencia del dolor como desagradable y aversivo, lo cual tiene la capacidad de elicitar ansiedad y alteraciones de las respuestas emocionales de la persona, así como motivar complejas conductas de escape y/o huida.
- Cognitivo – evaluativa: el rol de las variables cognitivas (atención, sugestión, tipos de pensamiento, creencias, atribuciones...) sobre la experiencia de dolor, demuestra su capacidad de modular el funcionamiento del resto del sistema implicado en la percepción del dolor. (Biurrun A.; Jusué, G., 2011).

Y otra forma de expresar el concepto de la naturaleza subjetiva del sufrimiento es “dolor es lo que el paciente dice que es”. (Sepúlveda, D. 1994).

2. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DEL DOLOR

En el apartado anterior se definió el concepto de dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), y además se mencionó la complejidad de este fenómeno. La IASP ha desarrollado una clasificación del dolor que lo describe en cinco rubros:

1. Región afectada.
2. Sistema involucrado.
3. Características temporales del dolor.
4. Intensidad declarada por el paciente.
5. Etiología.

La clasificación del dolor se puede hacer según su localización, duración, patogenia, curso, intensidad, factores pronósticos del control del dolor y finalmente según la farmacología.

2.1 Clasificación del dolor en función de su duración

Según su duración se clasifica en dolor agudo y dolor crónico.

2.1.1 Dolor agudo y crónico

El dolor como proceso neurobioquímico de transmisión de un impulso doloroso hasta su percepción en los centros superiores cerebrales, es un síntoma de alarma. Avisa que algo amenaza la integridad y obliga a tomar una actitud rápida que evite mayor daño, ese es un **dolor agudo**, este tipo de dolor cumple una función filogenéticamente útil, es el dolor como síntoma. Es aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas, enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anómala de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aún cuando su prolongación podría hacerlo. Si bien los factores psicológicos tienen una importante influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones, éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad, ayudando de esta forma a prevenir un daño mayor. Pero el dolor agudo persistente e intenso puede ser dañino en sí mismo, con efectos que se

manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.

Por su parte el **dolor crónico** se caracteriza por la persistencia de una enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas. Bonica lo define como “aquel dolor que persiste por más de un mes, después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente” (Bonica, J., 1990)

El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Podría decirse que, mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí misma (Bonica, J., 1990)

El dolor crónico persiste más allá de los 3 – 6 meses, incluso aunque las causas que lo desencadenaron hayan desaparecido. En este caso, el síntoma se convierte en la verdadera enfermedad. El dolor como enfermedad. El dolor que se cronifica pierde su sentido protector, y se convierte en la propia enfermedad o en la parte más importante de ella. La persona con dolor crónico acaba organizando su vida en torno al dolor, apareciendo las “conductas de dolor”, que limitan y modulan la actividad personal, profesional y social del individuo. A este tipo de dolor se asocia, invariablemente, un componente de sufrimiento psíquico importante, condicionado o condicionante, en mayor o menor medida, de la aparición de conductas de dolor. (Cerdá – Olmedo ; José de Andrés, G., 2014)

La mayoría de los pacientes con dolor crónico no manifiestan las respuestas autonómicas y el patrón neuroendocrino característicos del dolor agudo, a menos que existan exacerbaciones. Cuando el dolor es continuo o casi continuo, la respuesta se extingue, apareciendo diversos cambios, muchos de ellos desencadenados por la inactividad que se observa frecuentemente en los pacientes con dolor crónico. Hay pérdida de masa y coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva. Hay un aumento de la frecuencia cardíaca basal y una disminución de la reserva cardíaca. En el sistema digestivo se observa una disminución de motilidad y secreción, constipación y desnutrición. Con frecuencia se observa retención urinaria e infección. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual. La respuesta inmunitaria está alterada por el estrés y la desnutrición. Estas consecuencias físicas y psicológicas, frecuentemente devastadoras, pueden observarse en prácticamente todos los pacientes con dolor crónico. (Sepúlveda, J., 1994)

Es por esto que no se puede hablar de dolor crónico benigno, en contra posición al dolor asociado al cáncer, sino que es preferible referirse a dolor crónico no oncológico y dolor crónico oncológico.

2.2 Clasificación del dolor en función de su patogenia

Según su patogenia el dolor puede ser nociceptivo, neuropático y/o psicogénico. El nociceptivo se divide en somático o visceral, según su localización.

2.2.1 Dolor somático

Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones.

2.2.2 Dolor visceral

Cuando los receptores activados por el estímulo están una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y la persona no tiene grandes dificultades para describirlo. El dolor visceral, en cambio, es frecuentemente menos localizado y puede ser referido a un área cutánea que tiene la misma inervación. Por ejemplo, el estímulo de receptores en el miocardio activa aferentes viscerales que terminan en los cuatro primeros segmentos medulares torácicos; esta información converge sobre la misma neurona que recibe los estímulos cutáneos, por lo que el dolor es referido muchas veces al hombro y brazo izquierdos. La activación crónica de estos elementos puede evocar dolor referido, efectos simpáticos locales, contracciones musculares segmentarias y efectos posturales. (Sepúlveda, J., 1994)

2.2.3 Dolor neuropático

Es el que resulta de las lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse o persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. La persona frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, puede ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se

presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada.

Las diferencias entre el dolor somático y el neuropático se resumen en la siguiente tabla:

TABLA 1.
Comparación entre el dolor somático y neuropático

	SOMÁTICO	NEUROPÁTICO
ESTÍMULO NOCICEPTIVO	Generalmente evidente	No hay estímulo obvio
LOCALIZACIÓN	Bien localizado. El visceral puede ser referido.	Generalmente difuso
CARACTERÍSTICAS	Similar a otros en la experiencia de la persona	Inhabitual, distinto
EFEECTO DE NARCÓTICOS	Bueno	Alivio parcial
EFEECTO DE PLACEBOS	20 % - 30%	60%

(Sepúlveda, J., 1994)

2.2.4 Dolor psicogénico

Ocurre cuando la persona describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos debido al estado psicológico.

2.3 Clasificación del dolor según su curso

Según el curso, el dolor puede ser:

- a) Continuo:** persiste a lo largo del día; o bien.
- b) Irruptivo:** exacerbación transitoria del dolor en sujetos bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo de dolor irruptivo, inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del individuo.

2.4 Clasificación del dolor según su intensidad

a) Dolor leve

En el cual la persona puede realizar actividades habituales

b) Dolor moderado

Que interfiere con las actividades habituales, precisa tratamiento con opioides menores.

c) Dolor severo

Que interfiere con el descanso y requiere opioides mayores.

Según factores pronósticos de control del dolor, el dolor difícil o complejo es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS).

Según la farmacología, están los que responden bien a los opiáceos como los dolores viscerales y somáticos. El dolor que es parcialmente sensible a los opiáceos como el dolor óseo (son útiles los AINE), y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide). El dolor que es escasamente sensible a los opiáceos, ejemplo, dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración – destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsivantes). (Puebla F., 2010)

2.5 Clasificación del dolor desde taxonomías generales

Dentro del dolor crónico se distinguen tres variedades fundamentalmente:

- Dolor agudo recurrente: períodos de dolor agudo que se repiten periódicamente, ejemplo, las migrañas.

- Dolor crónico agudo: dolor continuo de duración limitada. Puede durar meses o años y acaba con la curación o muerte de la persona, es el caso del dolor del individuo con cáncer (dolor oncológico).
- Dolor crónico no oncológico: debido a causas que no amenazan la vida del sujeto, aunque le provoque un importante deterioro físico y psíquico. Es el dolor de la osteoartritis, miembro fantasma o artritis reumatoide. (Cerdá – Olmedo, A, ; José de Andrés, G., 2014)

2.5.1 Clasificación de la American Psychiatric Association (APA)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), se encuentra la siguiente clasificación respecto al dolor crónico.

2.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

- A.** El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B.** El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D.** El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E.** El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especificar el tipo:

- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos:** se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

- **Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica:** tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Especificar (para ambos tipos) si:

- **Agudo:** duración menor a 6 meses.
- **Crónico:** duración igual o superior a 6 meses.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

- **Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica:** la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.).

El código diagnóstico para el dolor se selecciona en base a la enfermedad médica asociada si se conoce ésta o a la localización anatómica del dolor si la enfermedad médica subyacente no está claramente establecida: por ejemplo, M54.5 Dolor lumbar [724.2], M54.3 Dolor ciático [724.3], R10.2 Dolor pélvico [625.9], R51 Cefalea [784.0], R51 Dolor facial [784.0], R07.4 Dolor torácico [786.50], M25.5 Dolor articular [719.4], M89.8 Dolor óseo [733.90], R10.4 Dolor abdominal [789.0], N64.4 Dolor de mama [611.71], N23 Dolor renal [788.0], H92.0 Dolor de oídos [388.70], H57.1 Dolor de ojos [379.91], R07.0 Dolor de garganta [784.1], K08.8 Dolor de dientes [525.9] y N23 Dolor urinario [788.0].

2.5.2 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Esta clasificación en el apartado de los trastornos somatomorfos (F 45) incluye el trastorno de dolor somatomorfo persistente (F 45.4). Los criterios diagnósticos incluyen la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores

psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIÉ 10, por ejemplo, migraña (G43.-).

Incluye: Psicalgia, lumbalgia psicógena, Cefalea psicógena, dolor somatomorfo psicógeno.

Excluye: Dolor sin especificación (R52.-); Cefalea de tensión (G44.2), lumbalgia sin especificación (M54.9).

La CIE – 10 también menciona otros trastornos somatomorfos. En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de "cosas raras" sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- a) "Globo histérico" (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- b) Tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el Síndrome de Gilles de la Tourette).
- c) Prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54).
- d) Dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0).
- e) Rechinar de dientes.

2.5.3 Clasificación International Association for the Study of Pain (IASP)

Esta clasificación ha establecido cinco ejes para categorizar el dolor crónico de acuerdo a:

- I) Localización anatómica
- II) Órganos afectados
- III) Características temporales del dolor y patrón de aparición

- IV) Valoración de la intensidad por parte del enfermo y tiempo transcurrido desde el inicio del dolor
- V) Etiología

Este sistema de cinco ejes se basa principalmente en las manifestaciones físicas del dolor, pero permite considerar factores psicológicos, tanto en el segundo eje (donde se puede codificar la presencia de un trastorno mental) como en el quinto, (donde la etiología puede ser “psicofisiológica” y/o “psicológica”).

3 PSICOFISIOLOGÍA DEL DOLOR

3.1 Anatomía y fisiología del dolor

Los receptores especializados del dolor se denominan nociceptores y están localizados en muchos de los sistemas mayores del cuerpo. Hay numerosos receptores en la piel y el sistema musculoesquelético que pueden ser activados aún por mínimos estímulos. Todos ellos son terminaciones nerviosas libres. Se han identificado muchas sustancias activadoras del nociceptor, incluyendo la bradiginina, serotonina, iones de potasio, prostaglandinas, el péptido relacionado con el gen de la calcitonina, la adenosina, leucotrienos, neuropéptido interleucina – 1 (IL – 1), factores de crecimiento neuronal y la sustancia P. Estas sustancias con irritantes químicos y activadores de nociceptores. La sustancia P también funciona como neurotransmisor en las células del ganglio de la raíz dorsal. (Corredor, R., 2004)

Estas y otras sustancias pueden ser transportadas hasta terminaciones nerviosas periféricas vía axonal y son liberadas en dichas terminaciones, produciendo un incremento en la microcirculación local y extravasación del plasma; el término inflamación neurógena es usado para describir este fenómeno. Debido a este y otros factores, los nociceptores pueden ser sensibilizados o autosensibilizarse (fundamentalmente abriendo y fabricando canales de sodio).

Las fibras nerviosas periféricas que llevan información sensitiva están constituidas por los axones de las neuronas aferentes hacia el asta posterior de la médula espinal. Estas fibras pueden ser de dos tipos: fibras rápidas A delta, mielinizadas; y fibras lentas C, no mielinizadas. Estas fibras pueden establecer conexiones anormales latero – laterales o efapsis que ponen en contacto fibras eferentes con fibras aferentes generando así un circuito algésico autónomo sin lesión axonal. (Corredor, R., 2004)

Por otra parte, en los neuromas derivados de sección de nervios se puede presentar un proceso similar pero con formación de verdaderos circuitos “aberrantes”. Las lesiones parciales de nervios dan lugar a regeneración desviada produciendo reinervación “aberrante” e impulsos ectópicos.

Las neuronas que conforman las fibras A delta y C hacen sinapsis en la sustancia gris medular en el asta posterior y tienen conexiones con otras neuronas en el asta posterior en su mismo nivel y con segmentos medulares arriba y abajo del mismo. De esta manera se puede decir que existe un circuito neuronal complejo en el asta posterior en el que se encuentran mecanismos que facilitan el paso de la información (excitatorios), y mecanismos que impiden o dificultan la entrada de la información (inhibitorios). Este mismo proceso se realiza, en mayor o menor grado, en los diferentes niveles de ascenso de la vía algésica hacia la corteza contralateral pasando por el tálamo. Los axones que llevan esta información conforman el tracto espinotalámico que tiene dos componentes, el tracto neoespinotalámico (que transporta información procedente de fibras A delta), y el tracto paleoespinotalámico (que transporta información procedente de fibras C). (Corredor, R., 2004)

El tracto paleoespinotalámico es el responsable de la sensación dolorosa prolongada o crónica y lleva los impulsos nociceptivos a otras varias partes del cerebro incluyendo la sustancia reticular activadora, el mesencéfalo y gran parte del sistema límbico, terminando también en el tálamo. Estos impulsos resultan en respuestas reflejas suprasegmentales concernientes a la respiración, circulación, afecto, sueño, apetito, libido y sistema endocrino.

Tanto en el asta posterior como en el resto de la vías de conducción dolorosa en el sistema nervioso central se pueden presentar conexiones neuronales anormales por dos mecanismos, regeneración neuronal, posterior a una noxa local (trauma, enfermedad cerebrovascular, inflamación, etc.), o por plasticidad cerebral, derivada de estimulación exagerada o persistente de la porción periférica de la vía (en lo que se considera repercusión central de un dolor de origen periférico o encefalización del dolor periférico).

La existencia de un papel inhibitorio, de algunos estímulos sensitivos no dolorosos actuando sobre los circuitos del asta posterior permitió a Melzack y Wall plantear, en 1965, su teoría de la compuerta (gate control), y permite plantear una hipótesis sobre el origen de lo que se ha denominado dolor por desafrentación, es decir, por pérdida de estímulos aferentes. Por otro lado, permite también entender el porqué estimulando las fibras sensoriales largas de tipo A beta en los receptores táctiles periféricos, se pueden disminuir las señales de transmisión del dolor, posiblemente, debido a una acción de inhibición local lateral. En este mecanismo y en la excitación del sistema de la analgesia central se basa, probablemente, parte del alivio del dolor que se

obtiene con la acupuntura, con los TENS (estimulación eléctrica transcutánea) y con otras formas de estimulación periférica. (Corredor, R., 2004)

El sistema endógeno de analgesia es el más potente inhibidor de la transmisión medular de estímulos dolorosos. Está constituido por un circuito neuronal complejo que se extiende desde el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal, pasando por el sistema límbico, el núcleo magno del rafé y la sustancia reticular, llegando al asta posterior en donde actúa con mayor intensidad.

Los neurotransmisores mediadores de esta respuesta analgésica son la serotonina y la norepinefrina, que activan la producción y sensibilización de los receptores para opiáceos endógenos (beta – endorfina, met – encefalina, y leu – encefalina). El sistema endógeno de analgesia modula su actividad de acuerdo con factores genéticos (herencia) y ambientales (afecto, aprendizaje, cultura).

El sistema de compuerta es complejo y está localizado en el asta posterior de la médula espinal. La compuerta obedece a un delicado balance entre estímulos inhibitorios y excitatorios. Las sustancias que actúan en este balance se exponen a continuación.

Tabla 2.
Mediadores excitatorios e inhibitorios en el Sistema Nervioso Central (SNC)

EXCITATORIOS	INHIBITORIOS
Glutamato	Ácido gama –aminobutírico (GABA)
Aspartato	Opiodes endógenos
Péptido relacionado con el gen de la calcitonina (cgrp)	Serotonina (5ht)
Colecistoquinina	Somatostatina
Péptido intestinal vasoactivo (vip)	Galanina
Sustancia K	Norepinefrina
Sustancia P	Glicina

(Corredor, G., 2004)

El sistema nervioso simpático puede estar asociado con el dolor. La activación prolongada del sistema nervioso simpático o partes de él puede generar este efecto algésico y destructivo. Los principales mecanismos fisiopatológicos del dolor crónico neuropático son:

- Sensibilización y producción activa de nociceptores y canales de sodio y calcio.
- Conexiones efápticas anormales.
- Circuitos neuronales anómalos por reinervación aberrante.
- Desafrentación.
- Hiperexcitabilidad con descargas ectópicas.
- Imbalance bioquímico excitación – inhibición.
- Crecimiento de circuitos proalgésicos por estimulación prolongada o regeneración (plasticidad cerebral).
- Memoria algésica
- Hiperactividad simpática.

El sistema nervioso es la estructura anatómica y funcional encargada de relacionar la conciencia humana con su entorno y de interpretar la realidad externa en conjunto con los estímulos provenientes de ésta. El dolor es uno de los estímulos más importantes desde el punto de vista adaptativo y evolutivo. Se puede entender con facilidad porqué el dolor derivado de alteraciones estructurales y funcionales del sistema nervioso es inevitablemente crónico y lo que es peor, no está necesariamente relacionado con los estímulos externos. (Corredor, G., 2004)

3.2 Percepción

Es el proceso final por el que se integran los impulsos nociceptivos con factores cognitivos y emocionales para crear la experiencia subjetiva del dolor, y como toda experiencia sensorial, no hay manera de cuantificarla objetivamente.

Es importante destacar el significado personal de la vivencia dolorosa, donde se interrelacionan aspectos como el sufrimiento, las conductas y modos de expresión respecto al dolor, donde cobra vital importancia las experiencias pasadas, ya que, los mecanismos que facilitan la percepción e interpretación del dolor son tan complejos que hacen de la experiencia dolorosa una de las más personales del ser humano, con una infinita gama de variables. (Barragán, A., 2008)

3.3 Adaptación

Esta es otra de las características principales, manifestándose por la capacidad de aprendizaje de los seres humanos de ignorar un dolor cuando se prolonga durante mucho tiempo, a pesar de su cualidad de insistencia. Ahora bien, por muy habituada que esté una persona, la intensidad de dolor sigue siendo la misma que cuando se le presta atención. La habituación es más corriente en estados de excitación o distracción, siendo importantes también otras variables

emocionales como la alegría, el optimismo, la esperanza, etc. (Barragán, A., 2008)

3.4 Mecanismos de sensibilización

Se producen cuando ocurre un daño en un tejido y se crean dos zonas de dolor. La primera comprende la región del tejido dañado y se caracteriza por un dolor espontáneo y mayor sensibilidad al calor o a estímulos mecánicos y químicos, es decir, comprende un estado alterado de la sensibilidad, esta zona es la llamada hiperalgesia primaria. Esta forma se pone de manifiesto en un lapso de minutos a partir de la lesión y su desarrollo se correlaciona con una disminución del umbral del dolor y una elevada sensibilidad de las fibras C y los nociceptores A delta.

La segunda zona aparece de manera tardía a partir de la difusión de las sustancias vasoactivas a los tejidos adyacentes y responde solo a estímulos mecánicos subsecuentes. Se caracteriza por generar alrededor de la primera, un aumento de la sensibilidad a estímulos secundarios y es conocida como hiperalgesia secundaria.

Es importante establecer una diferencia entre la sensibilización y la hipersensibilidad, pues ante una excitación sobre viene la despolarización rápida y directa del nociceptor, seguida por un punto máximo de actividad y el desencadenamiento de potenciales de acción en donde la sensibilidad se refiere al aumento de probabilidad de activación de las neuronas como reacción a un estímulo adicional, en cambio, la hipersensibilidad se manifiesta como una respuesta exagerada y una disminución de la latencia de la reacción a un estímulo nocivo (hiperalgesia) o uno inocuo (alodinia).

Se estima que la lesión de las vías nerviosas provoca cambios en la nocicepción y es posible incitar reacciones dolorosas que no se corresponden con el estímulo que lo originó (alodinia), o también se puede vivenciar con una intensidad aumentada (hiperalgesia), ambos elementos pueden activarse por la sensibilización de los receptores periféricos, o la excitabilidad de las neuronas centrales. (Barragán, A., 2008)

3.5 Semiología del dolor

La semiología es la ciencia que estudia los signos (lo que es observable), los síntomas (las señales que dice la persona) de las enfermedades, y es de gran importancia su estudio para identificar y tratar la experiencia dolorosa y sus consecuencias.

Cuantificar el daño subjetivo, exige un seguimiento continuo de estos aspectos y el registro integral de la nocicepción, es decir, de todo lo relacionado a daño tisular; como también de la percepción del estímulo doloroso modulado por el umbral al dolor, el sexo, la edad, la personalidad pre – mórbida, el contexto socio cultural, etc., y la expresión relacionada con la vivencia personal y las

conductas adoptadas frente al estímulo, es decir, las manifestaciones externas de esa experiencia subjetiva de dolor y sufrimiento, brindan un aporte fundamental ya que son vehículos de comunicación y reflejan las respuestas que éstas generan en los demás.

Estos aspectos a su vez, relacionan varios factores que influyen en la identificación del dolor, se destacan los siguientes:

- Factores relacionados con el dolor propiamente dicho: localización, tiempo de evolución, características del dolor, periodicidad, intensidad, limitación funcional o incapacidad que provoca.
- Factores relacionados con el personal de la salud: eficiencia en el terreno científico y tecnológico, vasta experiencia en el tratamiento analgésico, trabajo en equipos interdisciplinarios.
- Factores relacionados con la persona: personalidad, proyecto de vida, experiencias previas relacionadas con el dolor, dinámica familiar, situación actual, condiciones económicas.

Tener en cuenta estos datos es de gran utilidad para todos los que intervienen en el cuidado de la persona y es un instrumento para conocer la efectividad del control del dolor e identificar oportunamente posibles complicaciones. (De Simone, G., Tripodoro, V., 2004)

3.6 Dolor crónico y plasticidad neuronal

La percepción del dolor crónico está asociado a cambios genotípicos y fenotípicos expresados en todos los niveles de la transmisión nociceptiva, y que alteran la modulación del dolor a favor de la hiperalgesia.

Varios mecanismos moleculares y biofísicos contribuyen a este fenómeno de neurosensibilización.

3.6.1 Hiperexpresión génica

Ante una estimulación nociceptiva mantenida se produce una hiperexpresión de ciertos genes que determinan un incremento de la síntesis de receptores y canales en las neuronas nociceptivas, en especial de neuronas Na⁺ dependientes que disminuyen el umbral de neuroexcitación. La población de estas neuronas está básicamente en los ganglios de la raíz dorsal y en menor grado en las fibras nociceptivas periféricas y en las terminales de las neuronas primarias aferentes. Estas neuronas juegan un papel importante en los estados dolorosos en el dolor neuropático y en el dolor crónico. (Ruiz, M., 2003)

3.6.2 Cambio en el fenotipo de las fibras aferentes primarias

Las fibras gruesas A β , comienzan a expresar neuropéptidos excitadores (Sustancia P y gen de la calcitonina o CPGR). De esta manera, los estímulos de baja intensidad que activan estas fibras pueden favorecer la liberación de estos neuropéptidos en el asta dorsal medular y producir hiperexcitabilidad ante estímulos nociceptivos. También se ha demostrado la existencia de una hiperexcitabilidad simpática derivada de un aumento de la expresión α – adrenoreceptores en los axones de las fibras nociceptivas primarias. Así pues, las catecolaminas liberadas localmente o en la circulación, pueden estimular estas fibras y promover el mantenimiento o autoperpetuación de la sensación dolorosa. (Ruiz, M., 2003)

3.6.3 Fenómeno de Sprouting o arborización de las fibras A

Este fenómeno es uno de los mecanismos que más influyen en la aparición de la alodinia (sensación dolorosa en ausencia de estímulo). Las fibras A β se activarán con mayor facilidad por estímulos de bajo umbral no necesariamente nociceptivos. El aumento de la población de estas fibras y su hipersensibilización, puede favorecer un estado de hiperexcitabilidad dolorosa central. (Ruiz, M., 2003)

El dolor no es un fenómeno pasivo de transferencia de información desde la periferia a la corteza, sino un fenómeno activo generado, en parte en la periferia, y en parte en el Sistema Nervioso Central (SNC) y susceptible de cambios en relación a múltiples modificaciones neuronales.

Desde un punto de vista clínico, el sistema somatosensorial alerta al individuo frente a un daño real o potencial. Sin embargo, tras una lesión periférica, se inducen cambios en el procesamiento del estímulo nociceptivo que pueden desencadenar:

- Una reducción del umbral del dolor (alodinia)
- Una respuesta exaltada al estímulo nocivo (hiperalgesia)
- Un aumento en la duración de la respuesta frente a una estimulación breve (dolor persistente)
- Una extensión del dolor y de la hiperalgesia a tejidos no lesionados (dolor referido)

Todos estos fenómenos pueden persistir aunque haya desaparecido la lesión periférica.

Las alteraciones en la percepción dolorosa se deben a cambios tanto morfológicos como funcionales derivados de la existencia de la neuroplasticidad. (Ruiz, M., 2003)

4 MODELOS EXPLICATIVOS DEL DOLOR

Si bien el estudio de los procesos sensorio perceptivos del dolor ha favorecido, no solo la comprensión en profundidad de este fenómeno, sino que también ha servido para desarrollar procedimientos de analgesia muy eficaces, el dolor no puede considerarse únicamente como una condición somática, sino que debe de ser entendido como una experiencia global, en la que los procesos sensoriales sólo conforman una parte de todo este fenómeno. El dolor es un acontecimiento vital, complejo, multidimensional y susceptible de estudio e intervención por diversas disciplinas científicas.

Estas disciplinas dan diversos modelos explicativos del dolor. Para algunas, sus fundamentos son las teorías psicológicas, para otras lo más importante es la parte neurofisiológica. Independientemente de sus fundamentos, son teorías que se utilizan en la investigación y evaluación del dolor.

El aporte que hizo Beecher (1956), un anestesiista que trabajó en la Segunda Guerra Mundial, dieron un giro radical en el enfoque únicamente biológico sobre el dolor. Beecher describe que ante un traumatismo de similares características producido a soldados durante el combate, o a personal civil en un accidente laboral, los soldados requerían mucha menos morfina (en proporción de 1:3) que los ciudadanos. Beecher argumenta que, si bien el daño orgánico puede ser el mismo (por ejemplo, amputación de una pierna), la experiencia es bastante diferente en ambos casos. En el caso del soldado, supone una forma de volver a casa, no sano, pero al menos vivo, igualmente obtendría reconocimientos sociales al ser herido de guerra. Para el ciudadano civil, tal accidente podría significar el final de su actividad laboral, así como una gran limitación en su actividad social. Esta diferencia implica que dicho evento tenga significados completamente distintos en la vivencia de uno y otro, y por lo tanto, la experiencia de dolor también será diferente en ambos casos. Por lo tanto, las variables psicológicas no son una simple “reacción” al dolor, sino que determinan dicha experiencia. (Chóliz, M., 1994)

4.1 Modelos Multidimensionales del dolor

Su base es la teoría multidimensional que sostiene que en la sensación de dolor intervienen varios factores tales como atención, pensamiento, sensación, etc., que modulan el estímulo doloroso y hacen que la intensidad de la respuesta dolorosa no dependa solo de la intensidad del estímulo (Prieto, 1999 y González, 1993 en Infante, 2002)

4.1.1 Modelo de Melzack y Casey (1968)

Uno de los modelos multidimensionales más influyentes es el de Melzack y Casey (1968) en el cual el fenómeno del dolor se concibe como una experiencia multidimensional. Estas son tres dimensiones:

- Sensorial – discriminativa: la cual estaría directamente relacionada con los mecanismos anatomofisiológicos. Sería la encargada de la transmisión de la estimulación nociceptiva desde la región donde se produjo un daño tisular, infección o cualquier otra alteración orgánica funcional hasta los centros nerviosos superiores.
- La dimensión motivacional – afectiva: implica cualquier cualidad subjetiva de la experiencia de dolor, en concreto en los aspectos de sufrimiento, aversión, desagrado, o cambios emocionales producidos. Debido al componente aversivo del dolor se producen conductas de escape – evitación.
- La dimensión cognitivo – evaluativa: esta dimensión está directamente relacionada con la motivacional – afectiva ya que hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas tales como la autoeficacia, percepción de control, y de las consecuencias de la experiencia de dolor. (Gulioti, N., 2008)

Los aportes de este modelo han dado lugar al estudio de los aspectos psicológicos en la experiencia del dolor, no solo en el laboratorio, sino en el campo clínico también.

4.1.2 Modelo Jerárquico del dolor (Loeser y Black, 1975)

Loeser propone un esquema jerárquico en el que se distingue cuatro niveles en la experiencia de dolor, a saber:

- a) Nocicepción: es un fenómeno fisiológico, una experiencia meramente sensorial que puede considerarse como un sistema de detección de daño periférico e implica tanto la activación de los receptores, como la transmisión de la información desde la periferia hasta el sistema nervioso central y el control que se ejerce sobre la transmisión de los impulsos en las vías de dolor.
- b) Dolor: alude al proceso perceptivo, una actividad de mayor complejidad en la que intervienen los centros nerviosos superiores. Por lo general, aparece como consecuencia de una lesión o una herida, pero no es determinante su presencia para que sobrevenga la experiencia dolorosa, ya que la relación entre nocicepción y dolor no es lineal.
- c) Sufrimiento: la experiencia de dolor generalmente provoca sufrimiento, sin embargo, no siempre es así y puede haber sufrimiento sin ser la consecuencia de un dolor. Por una parte está la experiencia subjetiva e individual del sufrimiento, y por otra, está la experiencia externa y de comunicación de ese estado. Bonica (1990) definió sufrimiento como “un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona”.
- d) La conducta de dolor: son expresiones, formas de comunicar el dolor y el sufrimiento. Adquieren características de protección, pues tratan de evitar una experiencia aversiva al organismo, o lo resguardan de una situación que pueda empeorar. Las conductas de dolor pueden ser quejarse, frotar la zona herida, sujetar el miembro dañado, buscar ayuda profesional, ingesta de medicamentos prescritos. Loeser, en este modelo, se refiere a

todas aquellas conductas que de alguna manera se relacionan con la aparición y mantenimiento del dolor.

4.1.3 Modelo de Valoración Multiaxial (Turk y Rudy, 1988)

Este modelo propone la valoración del paciente con dolor crónico sobre tres ámbitos: el médico – físico, el psico – social y el conductual – funcional. Turk y Rudy (1988) utilizaron el Multidimensional Pain Inventory (MPI) para evaluar la experiencia del dolor crónico desde una perspectiva cognitivo – conductual. Este inventario evalúa varios aspectos del dolor tales como severidad, interferencia en la vida, apoyo social, estado de ánimo, entre otros. Observaron que ciertos patrones de respuesta, obtenidos mediante el MPI, se repetían, independientemente del diagnóstico. De este modo identificaron tres subgrupos de pacientes:

- a) **Pacientes disfuncionales:** se caracterizan por altos niveles de dolor y malestar psicológico, bajos niveles de percepción en el control sobre sus vidas, y bajos niveles de rendimiento en sus actividades normales.
- b) **Pacientes interpersonalmente angustiados:** se caracterizan por sentimientos de escaso apoyo social y una elevada frecuencia de respuestas negativas de los demás.
- c) **Pacientes adaptativos:** se caracterizan por informar menores niveles de malestar emocional y mayores niveles de control percibido. (Gulioti, N., 2008)

Turky y Meichenbaum (1994) mencionan que la valoración de las personas con dolor debe guiarse en función de tres dimensiones: el alcance de la enfermedad o lesión (punto físico), la magnitud de la enfermedad (sufrimiento del paciente y la imposibilidad de disfrutar de sus actividades normales) y la conducta de enfermedad del paciente (amplificación de los síntomas con un propósito social o psicológico).

4.2 Modelos Psicológicos del dolor

A lo largo de la historia, son muchos los estudios que se han realizado en torno al dolor crónico, como resultado se han obtenido diversos conceptos y teorías de esta condición. Al inicio se dio la teoría de un modelo lineal simple de transmisión sensorial. Sin embargo, varios hechos han contribuido a cuestionar tal propuesta:

- a) Cuadros clínicos en los que el dolor guarda una relación irregular y variable con los hallazgos indicativos de lesión.
- b) Existencia de dolor, no ya sin lesión, sino el dolor psicógeno, como en el dolor del miembro fantasma, en las personas con paraplejas o tras un bloqueo nervioso (Melzack y Loeser, 1978).
- c) La presencia de efecto placebo analgésico en un 35´2 + 2% de los casos (Beecher, 1959).

- d) Aumento de la tolerancia en las situaciones experimentales en las que el sujeto tiene el control sobre el control sobre la administración de la estimulación o puede hacer que ésta sea previsible.
- e) Mecanismos endógenos de la analgesia como la sustancia P o las endorfinas.
- f) Activación de mecanismos de analgesia endógenos en situaciones de estrés producidos experimentalmente tanto agudo (Frenk, Cannon, Lewis y Liebeskind (1986), como crónico (Przewlocki, 1988).
- g) La aportación de Melzack y Casey (1968) y Melzack y Wall (1983).

Todos estos hallazgos indican que el dolor es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: físicos, cognitivos, afectivos y sociales. (Anarte, M. T; Esteve, R.; López, A. E.; Ramírez, C.; Camacho, L., 2001)

Desde las teorías psicológicas hay aportes desde varias teorías.

4.2.1 Modelo Conductual

Desde este modelo se toma los estudios del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

- a) El modelo del condicionamiento clásico del dolor considera que éste es una reacción de la hipertensión muscular. En este sentido, este planteamiento es aplicable a todo tipo de dolor. Así, al evitar el movimiento, se reduce el dolor, al aumentar la movilidad también aumenta la tensión y por lo tanto el dolor. Sin embargo, la evitación del movimiento, debido al miedo asociado al dolor, puede tener como consecuencia la inmovilidad, la cual puede ocasionar atrofia muscular y aumento de la disfunción.
- b) El modelo operante está relacionado con la propuesta de Fordyce (1976) en relación al concepto de conducta de dolor. Para este autor, el dolor no es directamente observable. Por una parte, se da una experiencia privada, y por otra, la conducta manifiesta del dolor, la cual es la forma en que la persona expresa su dolor y sufrimiento. Esta conducta de dolor es la que es posible modificar.

El dolor en la fase aguda estaría causado por los estímulos nociocéptivos, sin embargo, cuando el dolor pasa a ser crónico estaría bajo el control de las condiciones ambientales, por lo que se habla de un dolor operante. Aquí, la conducta de dolor se instaura a través del tiempo, produciendo cambios importantes en los patrones de interacción de la persona (conductas dependientes, dinámica familiar, incapacidad laboral, entre otros).

Desde esta perspectiva, el dolor puede convertirse en una conducta operante de la siguiente manera:

- a) Si la conducta de dolor es reforzada positivamente. Este reforzamiento puede darse a través del descanso en la cama, la ingesta de

medicamentos, la atención prestada por los familiares y el personal sanitario, por una incapacidad remunerada.

- b) Si la conducta de dolor es reforzada negativamente. Cuando sus consecuencias le permiten a la persona evitar eventos y situaciones desagradables, por ejemplo, confrontaciones laborales, conflictos personales, asumir ciertas responsabilidades personales.
- c) También puede darse la situación de que la conducta funcional del individuo deje de reforzarse porque cuando la persona quiere realizar ciertas actividades, su medio social se lo impide debido a su estado físico e incitándole a tomar medicación, a descansar, a no forzarse mucho; por lo que la familia termina realizando funciones que le corresponderían a la persona con dolor.

Por lo tanto, la conducta de dolor queda bajo el control de distintos estímulos discriminativos del ambiente, los cuales indican cuándo existe una alta probabilidad de reforzamiento de las manifestaciones de dolor. (Berrios, P., 2005)

4.2.2 Modelo cognitivo - conductual

Este modelo ha generado un gran número de investigaciones enfatizando el rol de las variables cognitivas en la modulación del dolor crónico (expectativas, atribuciones, locus de control, procesos atencionales). Por otra parte, desde el modelo procesual del estrés (Lazarus y Folkman, 1983) que conceptualiza el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que se concibe como amenazante, ya que pone en peligro el bienestar del sujeto; por lo tanto el dolor crónico se entiende como una situación estresante para la persona. Ya que constituye una situación crónica mantenida que atenta directamente contra su bienestar. Para enfrentar esta condición, el individuo utiliza diversos mecanismos denominados estrategias de afrontamiento, y definidos como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora como excesivas respecto a los recursos que dispone (Lazarus y Folkman, 1986).

Jensen y Karoly (1991) enfatiza el papel de las valoraciones y creencias en el afrontamiento, que el individuo realiza sobre su dolor, determinando consecuentemente su adaptación a su condición.

Los esquemas cognitivos son estructuras cognitivas estables acerca del dolor que determinan la percepción que el sujeto tiene sobre su dolor y la forma de afrontarlo. Estos esquemas están basados en experiencias que el propio sujeto (experiencias específicas) u otras personas han experimentado anteriormente (experiencias generales).

- **Tipos de creencias sobre el dolor**

DeGood y Shutty (1992) diferencian tres tipos de creencias sobre el dolor

- 1) Suposiciones filosóficas básicas sobre la naturaleza de uno mismo y el mundo. Esta primera categoría engloba suposiciones éticas y filosóficas sobre valores tales como la justicia, la honradez, el sufrimiento, la responsabilidad. Así cuando la persona tiene la creencia de que la vida debería de estar libre de dolor, este valor particular puede intensificar los sentimientos de sufrimiento asociados con el dolor. Igualmente, si el dolor es visto como una injusticia que inevitablemente se asocia con la maldad, ignorancia o falta de interés de alguien (e incluso de fuerzas divinas) la tolerancia al dolor puede verse afectada. Esta categoría es muy difícil de evaluar ya que estos valores resultan muy personales, inconscientes y contradictorios.
- 2) Creencias suficientemente generalizables y estables, asumiendo la cualidad de un rasgo de personalidad. Estas creencias están más organizadas y arraigadas en la cotidianidad. Son más generales a través de las situaciones y generalmente más estables en el tiempo, por lo que se estaría refiriendo a creencias como rasgos de personalidad del individuo. Por lo tanto, desde esta categoría, se postula que existiría una tendencia o predisposición a utilizar determinadas cogniciones, que a su vez, incidirían en el uso de distintas habilidades de afrontamiento como:

- Locus de control (Rotter, 1966)

Los individuos con fuertes creencias internas reportan menos dolor y realizan menos conductas de dolor que aquellos con menos creencias internas (Tommev, Mann, Abashian y Thompson – Pope, 1991). Es decir, a mayor percepción de control sobre el dolor menos intensidad de dolor referida. Así mismo, la percepción de incontrolabilidad refuerza la creencia de incapacidad e indefensión ante el dolor. Por lo que estas creencias generan emociones negativas. Sin embargo, el peso que el locus de control puede tener sobre la modulación del dolor, ha sido cuestionado por autores como Fisher y Johnston (1998), quienes, sin negar la influencia de esta variable cognitiva, subrayan el papel que las emociones negativas (distress) desempeñan en la experiencia nociceptiva. Por lo que, estos autores sostienen, que son las emociones negativas, y no el control cognitivo, lo que media entre el dolor y la incapacidad del sujeto.

- Estilo atribucional (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978)

El tipo de inferencia causal que realiza la persona incide sobre la cantidad del dolor percibida. Turk y Rudy (1992) señalan que las personas organizan la información con base en interpretaciones causales según teorías previas, creencias y expectativas. Es decir, realizan inferencias causales acerca del origen de su dolor (estimulación nociceptiva). Estas inferencias determinan lo que el individuo realiza en respuesta a la sintomatología dolorosa. Phipps (1986) encuentra que los sujetos con dolor crónico adoptan estrategias de evitación basadas en la creencia de que el incremento en la actividad física puede causarle daño o empeoramiento. Cassell (1982) cita el ejemplo de una persona cuyo dolor podía ser controlado fácilmente con codeína cuando lo atribuía a ciática, pero requería más opiáceos cuando lo atribuía a metástasis de cáncer.

- Expectativas de Autoeficacia (Bandura, 1977)

La expectativa es considerada como la creencia de que una conducta específica puede conducir a un resultado particular, independientemente de si el sujeto tiene o no la capacidad de ejecutar la conducta. Por su parte, la expectativa de autoeficacia representa una autovaloración del individuo sobre el control o afrontamiento potencial que tiene en una situación particular.

Las expectativas de autoeficacia tienen un papel relevante en el control del dolor, al concebirse como las creencias que el sujeto tiene, acerca de su capacidad para ejecutar la conducta requerida a fin de producir unos resultados (Bandura, 1977). Schmidt (1985a, 1985b) demostró que la baja persistencia en la tarea (ejercicios de rehabilitación en pacientes con dolor crónico de espalda) era independiente de los parámetros físicos o de la intensidad del dolor que el paciente refería en el momento de llevar a cabo dicha tarea. Schmidt observó que estos pacientes tenían una visión negativa de su capacidad y esperaban que la intensidad de su dolor aumentaría si realizaban ejercicios físicos. Esta visión negativa de su incapacidad de realizar ejercicios físicos se convierte en un círculo vicioso, de forma que el miedo a realizar actividades refuerza la percepción de incapacidad y desesperanza, lo cual a su vez incide en el mantenimiento de una baja expectativa de autoeficacia, con lo que el paciente evita las actividades, y así sucesivamente. Council, Ahern, Follick y Cline (1988) encontraron que un 83% de pacientes con dolor de espalda informaban que eran incapaces de completar los ejercicios propuestos por el médico, ya que anticipaban que experimentarían dolor al realizarlos.

- 3) Creencias directamente relacionadas con el contexto del dolor y su tratamiento (Williams y Keefe, 1991; Williams y Thorn, 1989), por ejemplo:
 - Creencias sobre la temporalidad, que hace referencia a la estabilidad del dolor. En este sentido se ha encontrado que los pacientes que piensan que su dolor persistirá, tienden a utilizar estrategias pasivas.
 - Creencias acerca del origen de su dolor. Los pacientes que piensan que su dolor es un misterio inexplicable, evalúan negativamente sus propias habilidades para controlar o disminuir el dolor, y por tanto, no perciben que sus estrategias pueden ser efectivas para controlar o disminuir su dolor.
 - Creencias acerca del diagnóstico y/o tratamiento, que determinan la adherencia del paciente a las prescripciones médicas.

4.2.3 Control cognitivo del dolor

Los procesos cognitivos hacen referencia a los procesos que el sujeto utiliza para controlar el dolor. Éstos están fuertemente relacionados con los esquemas cognitivos, y están implicados con la manipulación de la información actual.

Turk y Rudy (1992) sostienen que a través de procesos cognitivos, el sujeto opera sobre la información, selecciona planes de acción y ejecuta respuestas.

Son responsables de la transformación de nueva información y la modificación de transformaciones internas. Se refiere a cómo utilizan las personas la información que ellos perciben. De tal manera, pensamientos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y el catastrofismo, serían variables muy relevantes en la modulación del dolor crónico. Es decir, la atención se sitúa en el Procesamiento de la Información, ya que a través de éste, la persona valora su experiencia nociceptiva, lo cual incidirá en su nivel de ajuste frente al dolor. Esta valoración, a su vez, dependerá de los esquemas previos, así como la forma en que el individuo manipule la información.

Gil, Williams, Keefe y Beckham (1990) señalan que el uso de pensamientos negativos en respuesta al dolor (autoafirmaciones negativas, cogniciones sociales negativas, autculpabilización) se asocia con inactividad, disminución de las relaciones familiares y sociales, así como altos índices de ansiedad, depresión y una mayor preocupación de los síntomas físicos.

Flor y Turk (1988) refieren que los sujetos que más informan sobre pensamientos negativos realizan más visitas médicas.

Igualmente, las distorsiones que la persona realiza sobre la información que procesa, tiene un efecto directo sobre la percepción de dolor que éste tiene e indirectamente sobre el nivel de funcionamiento cotidiano.

El efecto que las distorsiones cognitivas tienen sobre la conducta, ha sido ampliamente estudiado a través de los años (Ellis, 1962; Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990). Por su parte, Schimt, Christensen, Peck y Ward (1994) las han relacionado con el dolor crónico, en un estudio longitudinal (cuatro años), con pacientes con artritis reumática. Encontraron que los pacientes que presentaban Sobregeneralización, Abstracción Selectiva, Personalización y Catastrofismo tenían una mayor predisposición a la depresión que aquellos pacientes que no tenían este estilo cognitivo. Además, la depresión ha sido asociada con fuertes sentimientos de desesperanza, indefensión e incapacidad en pacientes con dolor crónico.

Por su parte, el Contenido Cognitivo hace referencia a los contenidos cognitivos específicos sobre las circunstancias de las personas y sus esfuerzos para afrontar el dolor. Los pensamientos específicos y los pensamientos que los individuos experimentan previa intensificación del dolor, durante un episodio intenso de dolor o tras el episodio de dolor, pueden tener gran influencia en la modulación del dolor. La clave estaría en la forma en que el sujeto afronta esta experiencia nociceptiva. Esto se dirige al concepto de afrontamiento y específicamente, al afrontamiento cognitivo (proceso actual de ejecución de una respuesta cognitiva frente a una amenaza).

Esta evaluación cognitiva, entendida como valoración, es un proceso dinámico que cambia de acuerdo a la percepción que la persona tiene de las consecuencias de un evento y los recursos que tiene para afrontarlo. El afrontamiento cognitivo se realiza mediante estrategias cognitivas específicas, dichas estrategias son pensamientos dirigidos a modificar la percepción de la intensidad de dolor y su capacidad para hacer frente o tolerar el dolor, y así poder continuar con las actividades cotidianas (Turk, et al., 1983).

Diversos autores han estudiado la relación entre las estrategias de afrontamiento y el dolor. Rosenstiel y Keefe (1983) consideran las estrategias conductuales y cognitivas más frecuentemente utilizadas para enfrentar el dolor, y encuentran que estas estrategias predicen la intensidad del dolor, nivel de funcionamiento y estado emocional.

Las estrategias consideradas por estos autores en sus estudios han sido: Distracción, Autoafirmaciones, Rezar y esperar, Incrementar la actividad, Reinterpretación de las Sensaciones dolorosas, Ignorar las sensaciones de dolor y Catastrofismo.

Brown y Nicasio (1987) consideran que las estrategias de afrontamiento pueden dividirse en adaptativas o activas (el sujeto intenta controlar el dolor mediante la realización de actividades como relajación o el uso de cogniciones) y no adaptativas o pasivas (el sujeto cede la responsabilidad y el control del tratamiento a medios externos como el médico o la medicación).

Por lo tanto, personas con fuertes creencias de control desarrollan autoafirmaciones de afrontamiento, y ello se asocia con menos intensidad del dolor referido y con mejor estado de ánimo. (Anarte, M. T; Esteve, R.; López, A. E.; Ramírez, C.; Camacho, L., 2001)

4.2.4 Modelo Integrador (multidimensional y psicológico). El modelo de los tres estadios del dolor

Gatchel y Weisberg (2000) propusieron el modelo de los tres estadios para explicar los cambios que se producen en el curso del dolor.

En el Estadio 1 se asocia con una reacción emocional semejante al miedo, ansiedad y preocupación como consecuencia de la percepción del dolor durante la fase aguda. El dolor está relacionado con el daño y por eso es una reacción emocional natural ante el potencial del daño físico. Si el dolor persiste pasado un período agudo de tiempo (2 – 4 meses) éste tiende a pasar al estadio 2.

El Estadio 2 se asocia con una serie de reacciones y problemas psicológicos y conductuales semejantes a la indefensión, depresión, somatización y cólera que son el resultado de la cronificación del dolor. Estos problemas psicológicos dependen de la existencia de una personalidad premórbida o de características psicológicas individuales así como de las condiciones económicas y ambientales.

En un individuo con problemas premórbidos de depresión, con problemas económicos y pérdida del empleo por la incapacidad del dolor, la sintomatología depresiva puede exacerbarse durante este estado. Igualmente una persona con características premórbidas de hipocondriasis y que recibe una ganancia secundaria por su incapacidad, puede que magnifique sus síntomas y muestre somatización.

Este modelo no propone que exista una personalidad del dolor pre – existente. Se asume que existe una relación entre los problemas de personalidad – psicológicos y el dolor. Las características de la personalidad y las características psicológicas difieren de uno a otra persona y pueden llevar a utilizar determinadas estrategias ante el dolor.

La progresión de problemas psicológicos y conductuales persistentes llevan al Estadio 3. En este estadio se adopta o se acepta el rol de enfermo y se excusa al sujeto de responsabilidades y obligaciones. Aquí puede existir reforzamiento o no de determinadas conductas. Durante esta fase, la incapacidad médica o psicológica o la conducta anormal de enfermedad se consolidan (Pilowski, 1978). Aparecen reacciones emocionales negativas, semejantes a la depresión que pueden implicar una disminución del funcionamiento físico. La disminución de la motivación hacia el trabajo y/o actividades recreativas contribuyen a un descondicionamiento físico con la consiguiente reducción muscular o atrofia de las zonas afectadas. En este modelo, el mejor predictor en el desarrollo del dolor crónico es la incapacidad psicosocial.

4.3 Aspectos Psicológicos y Conductuales del dolor crónico

La persona que sufre de dolor crónico debe de afrontar acontecimientos que resultan extremos por lo que los patrones de afrontamiento habituales resultan insuficientes e inadecuados, por lo que se presenta la necesidad de cambio, ante lo cual la persona experimenta un alto nivel de ansiedad, temor y estrés. Esta imposición de sentimientos no pueden tolerarse por mucho tiempo, de ahí que sea necesario adoptar nuevos modos de respuesta, lo cual puede conducir a una adaptación “sana” o bien que los ajustes que se provoquen sean insanos y consecuentemente un deterioro psicológico.

La siguiente es una lista de los cambios que se generan en los estilos de vida de las personas con dolor crónico:

- Abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estados de ánimo.
- Depresión del sistema inmunológico e incremento de la susceptibilidad a la enfermedad.
- Reducción en el nivel de actividad funcional. Exceso de reposo.
- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social, predominio de los repertorios comunicativo relacionados con el dolor.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido.
- Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones.
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y los cuidados del paciente. Falta de autonomía personal.
- En la interacción social generalmente predominan los repertorios comunicativos relacionados con el dolor.
- Uso excesivo y/o inapropiado de los sistemas profesionales de salud.
- Percepción de fracaso de los recursos terapéuticos y escasa confianza en que se pueda encontrar un remedio eficaz.

De los problemas enumerados, algunos son significativos de invalidez, otros corresponden a fenómenos concurrentes, y todos ellos constituyen factores mantenedores o secundarios del cuadro del dolor crónico. (Latorre, M. y Beneit, J., 1994 en Guliotti N., 2008)

5 PREVALENCIA Y COSTOS SOCIOECONÓMICOS

Las cifras que maneja la OMS refieren que en 1993 había en todo el mundo 165 millones de personas que padecían artritis reumatoidea. Por otra parte, señaló que cada año se diagnostican en todo el mundo cerca de 6 millones de nuevos casos de enfermos de cáncer, la mitad de ellos, en países desarrollados, refiriendo que el dolor crónico es relativamente frecuente en los países industrializados. Se estima que el 80% de las consultas médicas se hacen por dolor y que un 30% padecen dolor crónico (Infante Vargas, P., 2002).

A partir de los años 70, los datos epidemiológicos en México indican un incremento significativo en las llamadas enfermedades crónicas y crónico –

degenerativas, eso se relaciona con el acrecentamiento de la esperanza de vida, el desarrollo de la salud pública y el avance técnico de la biomedicina.

Según Bonica en 1990, estima que entre el 25% y el 30% de las personas en países industrializados padecen dolor crónico debido a problemas como artritis, migrañas, dolores de espalda, de cabeza, de cáncer, entre otros. Esto sin contar con otras fuentes de dolor tales como las que derivan del estrés de la vida cotidiana, de hechos críticos como el divorcio o la muerte de una persona significativa para el individuo (Berríos, P., 2005)

La Sociedad Española del Dolor (SED, 2000) estima que unos 14 millones de españoles sufren de dolor crónico, es decir, un 35% de la población.

Entre los años 2001 y 2003 se establecieron más de 800 consultas por mes a pacientes con dolor crónico, cifras que incluyen un promedio de 80 pacientes de nuevo ingreso. Los datos epidemiológicos y demográficos demuestran que estas cifras tienden a aumentar paulatinamente, ello nos permite reconocer la importancia para la salud pública y sus respectivas políticas sanitarias (Barragán, A., 2008).

En Estados Unidos existen 20 – 30 millones de pacientes afectados de artritis, 25 millones de cefaleas crónicas y 8 millones de lumbalgia (Biurrun, A., Jusue E., Fernández, M., 2001)

Según el NHI (National Health Institute) en Estados Unidos, el dolor de espalda es la causa más frecuente de cesación de actividades en personas menores de 45 años de edad. Además, los datos arrojaron que las investigaciones del dolor de espalda refieren que del 70% al 85% de las personas sufren lumbalgia en algún momento de su vida, donde 1% de la población está incapacitada por dolor lumbar. (Universidad de Utah. *Las enfermedades de la columna, los hombros y la pelvis: El dolor crónico*. Health and Sciences Center)

En Argentina se estima que 3.960.000 de personas sufren de migrañas y que de ellas, posiblemente 2.500.000 de personas sufrirían severas crisis con el consiguiente impacto individual y comunitario (Berríos, P., 2005)

Otro punto a destacar es la complejidad y el costo económico que embarga a la persona que sufre de dolor crónico, ya que son pacientes policonsultantes, debido a los diferentes padecimientos que conllevan. Además, el tratamiento por lo general, implica gastos considerables en medicamentos y estudios.

Respecto al área laboral, se incrementa el ausentismo debido a los fuertes dolores o por los grados de incapacidad como secuelas del padecimiento, complicando aún más este fenómeno, llegando a “perjudicar” también a las empresas, quienes pierden altas cifras como consecuencia de la baja asistencia y la merma en la productividad de la persona que sufre de dolor crónico.

Se estima que el dolor crónico es el problema de salud más costoso en Estados Unidos. Según Bonica (1974) (Berrios LLaver, P., 2005) el dolor le genera a Estados Unidos un costo de 5 a 10 billones de dólares anualmente, relacionado con pagos por discapacidad y los servicios médicos.

Debido a todo lo anteriormente expuesto, el dolor crónico ha sido caracterizado como una epidemia silenciosa, en el sentido en que forma parte de numerosos padecimientos y sus consecuencias son tan complejas como preocupantes.

6 DOLOR CRÓNICO Y EMOCIONES POSITIVAS

6.1 Psicología Positiva

Durante los últimos cincuenta años la psicología se ha dedicado al tema de la enfermedad mental, y los resultados han sido bastante buenos. Actualmente se cuenta con mucha información sobre el desarrollo de los trastornos mentales, sobre sus causas genéticas, bioquímicas y psicológicas. Y también se ha aprendido a aliviarlos, catorce de las varias decenas de enfermedades mentales más importantes, podrían tratarse de forma eficaz y dos de ellas curarse con medicación y psicoterapias específicos (Seligman, M., 1994)

Sin embargo, este progreso ha tenido un precio, pareciera que el alivio de los estados que hacen que la vida resulte una carga, ha relegado a un segundo plano el desarrollo de los estados que hacen que la vida sea plena y satisfactoria.

El interés de estudiar el bienestar y la vida satisfactoria se remontan a la época de la Grecia clásica e incluso antes. Aristóteles, por ejemplo, escribió en profundidad sobre la eudaimonia (i.e., felicidad o plenitud), y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella. Otros filósofos célebres posteriores, como Spinoza, escribieron también ensayos sobre diversos aspectos humanos y su relación con el bienestar (Fierro, 2009).

También el movimiento humanista, encabezado por Abraham Maslow y Carl Rogers recuperaron una visión positiva del ser humano.

Actualmente se cuenta con una ciencia cuyo objetivo es entender la emoción positiva, aumentar las fortalezas y las virtudes y ofrecer pautas para encontrar lo que Aristóteles denominó la “buena vida”.

La Psicología Positiva se basa en tres pilares:

1. Es el estudio de la emoción positiva.
2. El estudio de los rasgos positivos, especialmente los rasgos y las virtudes, así como las habilidades como la inteligencia y la capacidad atlética.

3. El estudio de las instituciones positivas como la democracia, las familias unidas y la libertad de información, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas. (Seligman, M., 2002)

Martin Seligman (2002) sostiene que las emociones positivas como la seguridad, la esperanza y la confianza resultan más útiles en momentos difíciles. En épocas de dificultades, comprender y reforzar instituciones positivas como la democracia, la unión familiar y la libertad de prensa cobran una importancia inmediata. En tiempos difíciles, comprender y desarrollar fortalezas y virtudes como el valor, la objetividad, la integridad, la equidad y la lealtad, puede resultar más urgente que en épocas prósperas, afirma Seligman.

Las experiencias que provocan emociones positivas hacen que las emociones negativas se desvanezcan rápidamente. Las fortalezas y las virtudes actúan como barrera contra la desgracia y los trastornos psicológicos y pueden ser la clave para aumentar la capacidad de recuperación. (Masten, A., 2001).

Para entender el bienestar, reporta Seligman (2002), es necesario comprender las fortalezas y las virtudes personales. Cuando el bienestar procede de la utilización de nuestras fortalezas y virtudes, nuestras vidas quedan imbuidas de autenticidad. Los sentimientos son estados, acontecimientos momentáneos que no tienen porqué ser rasgos de personalidad recurrentes. Los rasgos, a diferencia de los estados, son características positivas o negativas que se repiten a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, y las fortalezas y virtudes son las características positivas que aportan sensaciones positivas y gratificación. Los rasgos son disposiciones duraderas cuya materialización hace que los sentimientos momentáneos sean más probables. Las personas optimistas tienden a interpretar que sus problemas son pasajeros, controlables y propios de una situación.

Las emociones positivas pueden centrarse en el pasado, el presente o el futuro. Entre las emociones positivas respecto al futuro cabe citar el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza. Las relacionadas con el presente son la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la fluidez. Las emociones positivas sobre el pasado incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. (Seligman, 2002)

La esperanza y el optimismo se entienden bastante bien entre sí y son aspectos que pueden desarrollarse. Ambas emociones mejoran la resistencia a la depresión causada por los contratiempos; favorecen el rendimiento laboral, especialmente en trabajos que constituyen un reto, y en la salud física. (Seligman, M. Learned optimism. Nueva York, 1991).

Respecto a la esperanza, Seligman (2002) sostiene que depende de dos dimensiones conjuntas. El arte de la esperanza radica en encontrar causas permanentes y universales para los sucesos positivos junto con causas transitorias y específicas para los adversos.

6.2 Emociones positivas y salud

En el campo de la investigación sobre los indicadores en salud positiva, la propia OMS ha hecho un esfuerzo considerable para operativizar el concepto de calidad de vida y de desarrollar instrumentos que permitan medirlo con suficiente precisión (WHOQOL Group, 1994). Desde la psicología y especialmente desde la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), cada vez son más los instrumentos orientados a medir aspectos relacionados con el bienestar, como la satisfacción con la vida, el bienestar emocional, las fortalezas psicológicas o las emociones positivas (Deaton, 2008; Diener, 2009; Ong y Van Dulmen, 2007).

Pero más allá de todo lo anterior, en las últimas dos décadas se comienza a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico, no solo forman parte de la salud integral, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedades y los problemas físicos, así como en los procesos de recuperación. La percepción de las personas sanas, marcadas por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal, y una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que además de permitir a las personas a afrontar las dificultades diarias, son especialmente importantes a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia (Taylor et al., 2000).

Tener un buen estado de salud física y mental no solo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007). Y más importante, desde la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009).

Los factores psicológicos positivos pueden tener una relación tan robusta con la salud como los negativos, sobre estos últimos, hay una gran cantidad de datos acumulados durante años. Por ejemplo, las expectativas negativas están asociadas no solo a una progresión más rápida hacia la muerte en pacientes diagnosticados de SIDA, sino también con una más rápida aparición de síntomas en aquellos pacientes que previamente se mostraban asintomáticos (Taylor et al., 2000).

A la vez, nuevos estudios han empezado a demostrar que la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor y Vissher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang y Vissher, 1994; Taylor et al., 1992) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud física.

Pressman y Cohen (2005) proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos. El primero de ellos hace hincapié en el efecto directo que tiene el afecto positivo sobre el sistema fisiológico. Según este modelo, el afecto positivo favorece prácticas saludables

como mejorar la calidad del sueño, hacer más ejercicio físico o llevar una dieta equilibrada. Que a su vez están relacionadas con una menor morbimortalidad. También actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), generalmente reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de epinefrina y norepinefrina en sangre.

Tiene influencia sobre el eje hipotálamo – hipofisario – adrenal, puesto que la presencia de afecto positivo ha sido relacionada con menores niveles de cortisol en sangre, y en menor medida, con mayores niveles de oxitocina y con la hormona del crecimiento. Además, favorece la presencia de opioides endógenos (endorfinas), tanto indirectamente, vía actividad física, como de forma más directa mediante una activación emocional general (Gerra, y cols., 1996, 1998). Estas endorfinas disminuyen la actividad del SNA y del sistema endocrino (Drolet y cols., 2001) y modifican la función inmune (McCarthy, Wetzel, Sliker, Eiseinstein y Rogers, 2001).

Hay cada vez más evidencia que las emociones positivas puedan tener un efecto directo en el organismo (Barak, 2006). Diversos estudios han demostrado que estímulos agradables pueden tener un impacto psicobiológico diferente (Watanuki y Kim, 2005). Hay incremento de la actividad de la corteza frontal izquierda ante la presencia de olores agradables, mientras que la presentación de estímulos verbales positivos produce incrementos en la secreción de inmunoglobulina – A y una disminución de cortisol en saliva. Algunos estudios han mostrado también que el afecto positivo se asocia a patrones de activación eléctrica cortical (Urry y cols., 2004) y un buen estado de ánimo cotidiano está relacionado con niveles elevados de la función central serotoninérgica (Flory, Manuck, Matthews y Muldoon, 2004), lo que a su vez puede ser importante por la relación de ésta con mayores valores de resistencia insulínica y presión arterial.

Desde hace años se sabe que la inducción de un estado de ánimo positivo puede mejorar la respuesta inmediata del sistema inmune, evaluada mediante medidas de inmunoglobulina – A en saliva (Dillon, Minchoff y Baker, 1985).

El segundo modelo resalta la influencia que tiene el estrés sobre el sistema fisiológico. En este caso, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos perniciosos del estrés sobre el organismo. Según este segundo modelo, el afecto positivo tiene influencia a varios niveles en la respuesta ante el estrés, este afecto positivo facilita la normalización de las respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Fredricson y Levenson, 1998).

Respecto a los factores inflamatorios, las personas con mejores relaciones con otros (bienestar interpersonal) y sensación de propósito en la vida muestran menores niveles de IL – 6 y su receptor soluble (iIL – 6r). (Friedman et al., 2005; Friedman, Hayney, Love, Singer y Ryff, 2007).

Los observadores de la condición humana han sostenido durante largo tiempo, que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una

vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable. Con el desarrollo de procedimientos metodológicos rigurosos, incluyendo estudios longitudinales, los instrumentos de medida adecuados, y los mecanismos necesarios de control de las influencias biológicas y psicosociales, hoy en día es posible comprobar empíricamente la validez de estas ideas (Taylor, et al., 2000)

6.2.1 Optimismo y Salud

Numerosas investigaciones han mostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con una mayor esperanza de vida. El optimismo parece tener una influencia sobre la resistencia a la enfermedad y la mejora de la salud a través de diferentes vías de acción. El optimismo, la esperanza y las expectativas positivas son elementos que pueden proteger la salud en situaciones que suponen un reto para el equilibrio de los individuos (Vázquez y Castilla, 2007; Taylor y cols., 2000) a través de vías directas. El organismo de los más optimistas genera, en situaciones de estrés, una respuesta de inmunocompetencia mejores que de los pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células NK (natural killer) (Sieber, Rodin, Larson y Ortega, 1992).

También parece que, en general, el optimismo se relaciona con un mejor estado del sistema inmunitario. Kiemen – Siegel, Seligman, Rodin y Dwyer (1991), demostraron en un grupo de personas sanas entre 62 y 87 años la relación entre un estilo de pensamiento optimista y una mejor respuesta del sistema inmunológico en una menor presencia de células supresoras T8. El optimismo está relacionado con un mejor estado de ánimo, una mayor actividad citotóxica de células NK y un mayor número de células de células T4 auxiliares (Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998).

Una tendencia al optimismo puede afectar a la salud a través de los comportamientos que ejercen las personas ante los problemas vitales en general, y de salud en particular. Estos comportamientos, si son adecuados, pueden impedir la cronificación del estrés y la complicación de problemas físicos y/o psicológicos.

En este sentido, el optimismo es muy relevante, ya que parece favorecer un afrontamiento activo ante el estrés y de los problemas de salud, lo cual se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Scheier, Weintraub, y Carver, 1986).

El optimismo puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es el valor que ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en las capacidades y posibilidades junto a la ayuda de un profesional. (Castro, B., 2009).

Pero también el optimismo puede definirse desde una teoría diferente a la anterior. Una tendencia o disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en situaciones y dominios distintos, es la definición de estilos explicativo optimista-pesimista, (Seligman, 2002). Según esta definición una persona con estilo explicativo optimista ante una situación negativa tiende a explicarla a través de causas externas, inestables, y específicas. Por lo tanto desde esta definición podemos decir que el optimista se hace (se aprende) y se sabe responsable de aquello que le sucede. (Castro, B. 2009)

La principal diferencia que existe entre una actitud optimista y su contraparte – el pesimismo- radica en el enfoque con que se aprecian las cosas: empeñarnos en descubrir inconvenientes y dificultades nos provoca apatía y desánimo. El optimismo supone hacer ese mismo esfuerzo para encontrar soluciones, ventajas y posibilidades.

El estudio del optimismo como recurso psicológico surge de la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas. Estos autores refieren la existencia de dos estilos explicativos, el optimista y el pesimista.

A su vez, el concepto de optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias, la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman (1984), y la del optimismo disposicional como rasgo de personalidad de Scheier y Carver (1985). (IDEM)

6.2.2 Modelo teórico de Seligman y colaboradores: los estilos explicativos

6.2.2.1 El estilo explicativo pesimista – optimista:

Martín Seligman, psicólogo de la Universidad de Pensylvania, es considerado uno de los principales expertos en el estudio de las diferencias entre optimistas y pesimistas. Según el autor, el optimismo está muy relacionado con la responsabilidad que asumimos o no las personas ante aquello que nos ocurre. En definitiva, el optimista se hace y se sabe responsable de aquello que le sucede, y, por tanto, se cuestiona qué es lo que puede hacer para rectificar, mejorar o cambiar una determinada situación. Por el contrario, el pesimista tiende a sentirse impotente frente al mundo o incluso frente a sí mismo y espera pasivamente a que sean las circunstancias externas las que cambien. Los optimistas tienden a interpretarse más como causas de aquello que les ocurre, mientras que los pesimistas tienden a sentirse efectos de las circunstancias exteriores. Otra diferencia interesante es que el optimista tiende a percibir los aspectos positivos de sí mismo, del otro y de la realidad que le

rodea, mientras que el pesimista se concentra en los aspectos negativos. En consecuencia, las emociones del optimista se mueven en un espectro que incluye el coraje, el entusiasmo, la pasión, la confianza, la esperanza o el ver los errores como oportunidades para aprender. Por su parte, el pesimista tiene un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales, ya que demasiado a menudo, el sentimiento de culpa e impotencia facilita la sensación de fracaso y la percepción de imposibilidad de cambio o mejora. Las personas optimistas tienden a ser más perseverantes y a ver realizados sus proyectos en mayor medida que las pesimistas. (Castro, B., 2009).

En este sentido, conviene no confundir optimismo con ingenuidad o negación de la realidad, ya que ser optimista no implica negar los problemas que la realidad presenta, sino asumir su existencia y definir estrategias de acción basadas en la esperanza para afrontar la realidad y transformarla.

Por lo tanto se puede decir que las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas; mantienen más alerta sus defensas inmunológicas, se muestran más activas frente a las dificultades, toman más decisiones y adoptan mayor cantidad de medidas para crearse una red de apoyo afectivo y social (Seligman, 1991).

Las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad, se deprimen con más facilidad y más a menudo, cuentan con una menor actividad inmunológica. Una dosis de pesimismo suave puede tener valor adaptativo y ser útil en la previsión de riesgos, en la toma de decisiones de equipos y grupos ejecutivos, pero un pesimismo alto predispone a los golpes depresivos, la falta de iniciativa y la mala salud y a no poder llegar a los cargos más altos (Seligman, 1991)

6.2.2.2 Estilos atribucionales o explicativos:

Los procesos de atribución hacen referencia a las causas que las personas aducen para explicar las situaciones que experimentan. Aunque estas causas pueden ser muy diversas, como estado de ánimo (positivo o negativo), características de personalidad o forma de ser, esfuerzo (alto o bajo), grado de dificultad de la situación, buena o mala suerte, capacidad o falta de capacidad, etc.

Cuando se habla de estilo atribucional o explicativo se quiere indicar una tendencia o disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en un amplio rango de situaciones y dominios distintos (Buchanan y Seligman, 1995). Centrándonos primero en los estilos atribucionales presentados ante las situaciones negativas, se denomina estilo explicativo negativo o pesimista a la tendencia a explicarlas mediante causas internas, estables y globales (Abramson y cols., 1978), mientras que se habla

de estilo atribucional positivo a la disposición a explicarlas a través de causas externas, inestables y específicas.

Los estilos explicativos presentados ante las situaciones negativas comenzaron a estudiarse en el marco del Modelo Reformulado de Indefensión Aprendida (Abramson y cols., 1978), desde el que se propuso que las personas con un estilo atribucional negativo tendrían una mayor vulnerabilidad para desarrollar sintomatología depresiva o incluso depresión cuando se enfrentaran a situaciones estresantes.

Entonces, de acuerdo con Peterson y Seligman en 1984 (Remor, Amoros, Carrobes, 2006, 37-38); el Estilo Explicativo Pesimista (EEP) se define como la *“tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos ocurridos en la vida cotidiana, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona”*; en contraposición, el Estilo Explicativo Optimista (EEO) se refiere a la *“tendencia a explicar los malos sucesos con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta”*.

Para establecer las diferencias entre ambos estilos explicativos se utilizan tres dimensiones descriptivas: (a) Internalidad-Externalidad: definido como *el grado en que uno se considera responsable del suceso*; (b) Estabilidad-Inestabilidad: *cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo*; su contrario sería transitoriedad, o inestabilidad; (c) Globalidad- Especificidad: *cuando un aspecto del suceso o de su explicación domina a todos los otros aspectos de la vida de la persona*; su opuesto es circunstancial o específico. (Seligman, 1991)

Investigaciones previas sugieren que el EEO predice una mejor salud general, y menor vulnerabilidad a las enfermedades físicas (Kamen, 1987), un mejor funcionamiento del sistema inmunológico (Peterson y Avila, 1995), así como una menor tasa de mortalidad (Peterson, Seligman, Yurko, Martín y Friedman, 1998) en comparación con el EEP.

El estudio del optimismo se inicia con la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman & Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia de dos estilos explicativos: el optimista y el pesimista. (1987).

6.2.2.3 La indefensión aprendida:

Las personas tienen un monólogo o discurso interno con el cual explican las cosas que les suceden. Este discurso se denomina *atribución causal, estilo atribucional o modelo explicativo*.

Martín Seligman (1991) se preguntó por qué frente a las dificultades algunas personas se dan por vencidas rápidamente y otras perseveran y salen

adelante. Y encontró que frente a las dificultades aparecían preferentemente dos tipos de atribuciones causales: el estilo *optimista* y el estilo *pesimista*.

Sus investigaciones muestran cómo las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad.

La Indefensión aprendida, o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado, el sujeto permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

Este concepto surge cuando en uno de sus experimentos Seligman exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo.

La teoría de la indefensión aprendida ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando se está deprimido -dirían los defensores de esta relación-, se percibe que nuestra situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no podemos hacer nada para cambiarlo.

El estilo atribucional modula el desamparo aprendido. Esto significa que cuando más pesimistas y extremistas sean las cosas que dicen las personas, más desamparados e indefensos se sentirán y actuarán.

El estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

- El análisis causal cotidiano, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
- El tipo de crítica que los adultos (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Las etiquetas: "la tonta", "el torpe", etc.
- La realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos del desarrollo. (Seligman, 2004).

El estilo explicativo o atribución causal funciona para individuos o grupos de individuos: equipos, instituciones, comunidades, nacionalidades. Estudios realizados con sujetos mostraron que en los estados depresivos prolongados se agotan las catecolaminas, cuando esto sucede aumentan las endorfinas, el sistema inmunológico lo detecta y reduce su funcionamiento, dejando a la persona más expuesta a enfermedades. (Castro, B., 2009).

6.2.3 Modelo Teórico de Scheier y Carver

6.2.3.1 Optimismo disposicional:

Carver y Scheier son investigadores de la Universidad de Miami. Su trabajo lo realizan desde hace décadas en la temática del optimismo, el cual consideran es un aspecto de la personalidad.

Para estos dos autores:

La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos (Carver y Scheier, 1997: Pág. 71).

El optimismo disposicional (OD) fue definido por Scheier y Carver 1987(en Remor, Amoros, Carrobbles, 2006, Pág. 3) como *“la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas”*. Esta definición se enmarca en el modelo de autorregulación de conducta, de Carver y Scheier (1981), en el que se asume que, cuando surgen dificultades las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos y las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea (Armor y Taylor, 1998; Carver y Scheier, 1998).

A partir de los descubrimientos de estos autores, distintas investigaciones han analizado cómo la variable optimismo influye sobre la salud física y en qué medida sitúa a las personas en unas condiciones favorables para afrontar el estrés. Uno de los trabajos de Scheier y Carver (1985) destacó que el optimismo se asociaba negativamente con los síntomas de malestar físico percibido. Las personas consideradas como optimistas al principio del estudio, también eran aquellas que señalaban tener menos síntomas físicos de malestar a lo largo del tiempo.

Dentro de este modelo, el optimismo es la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos y el pesimismo se corresponde a la expectativa de que sucedan acontecimientos desfavorables. Tales expectativas se consideran, además, como disposiciones que permanecen estables, esto es, rasgos, por lo que Scheier & Carver hablan de optimismo disposicional.

Básicamente el modelo desarrollado por estos autores asume que, cuando surgen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar objetivos, en tanto que las expectativas desfavorables reducen o anulan tales esfuerzos. Se considera igualmente que el optimismo desempeña un importante papel en el desarrollo de tareas y en las experiencias emocionales.

Los resultados de diferentes estudios sugieren un efecto positivo del optimismo sobre el bienestar psicológico y físico, el afrontamiento conductual y, además, parece ser un buen predictor de la enfermedad, tanto psicológica como física. Asimismo, se ha constatado que el optimismo disposicional está asociado negativamente con las quejas somáticas (Chico, 2002, Martínez-Correa, Reyes Del Paso, García & González, 2006).

Se ha analizado la forma en cómo el OD influye sobre la salud física, por ejemplo, Scheier y Carver (1989), encontraron que en pacientes sometidos a operaciones de by-pass el optimismo ejerce un fuerte y destacado efecto sobre el bienestar, tanto durante como inmediatamente después de la operación. Los optimistas mostraron tener una recuperación más rápida y presentaron menos complicaciones médicas que los pesimistas. Se ha reportado también que el OD se asocia a una menor percepción de dolor en pacientes con artritis reumatoide, (Treharne, Kitas, Lyons, y Booth, 2005).

Por otra parte, Fournier, Ridder y Bensing (2002) demostraron que la capacidad de adaptación a la enfermedad, generada por las creencias optimistas (confianza, esperanza, etc.) se relaciona con una mayor autoeficacia y un mayor empleo de afrontamiento orientado al problema. También se encontró que las creencias optimistas son benéficas cuando los pacientes sufren una enfermedad crónica controlable.

Al respecto, una revisión meta analítica realizada por Solberg y Segerstrom (2006) señala la relación entre OD y el ajuste a distintos estresores. Se encontró que el OD se asoció positivamente a las estrategias de afrontamiento encaminadas a reducir, eliminar o manejar el estrés y las emociones negativas y negativamente se asoció a las estrategias de evitación que buscan ignorar, evitar o distanciarse de los estímulos estresantes.

Otra de las vías en las que opera el optimismo, es en la búsqueda y desarrollo de redes sólidas de apoyo social, lo cual predice un mejor ajuste psicológico, a la transición de los eventos vitales, tal como lo demuestra el estudio realizado por Scheier, Carver y Bissette (2002), quienes exploraron el papel del optimismo sobre el cambio de estilo de vida en un grupo de estudiantes universitarios de nuevo ingreso, encontrando correlaciones positivas entre el optimismo y el ajuste psicológico a las nuevas condiciones de vida.

6.2.3.2 Optimismo disposicional y enfermedades físicas:

Actualmente, dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad están relacionados con la incidencia de la enfermedad física (Eysenck, 1994). En relación con este aspecto, uno de los rasgos de personalidad que últimamente ha acaparado un mayor interés ha sido el del *optimismo disposicional*, que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos (Carver y Scheier, 2001; Chang, 2001; Scheier, Carver y Bridges, 2001). En este sentido, algunos autores han diferenciado el optimismo disposicional de los conceptos de *control* y *autoeficacia*. Así, el optimismo posee una definición operativa más amplia que la de los otros dos términos, ya que incluye las expectativas de control sobre los resultados de nuestras propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal (Gillham, Shatte, Reivich y Seligman, 2001). Por otro lado, estas creencias o expectativas podrían resultar beneficiosas para la salud, en la medida en que posibilitan los procesos de ajuste vital de los individuos (Scheier y Carver, 1992).

Son numerosos los estudios que muestran la vinculación de este constructo con respecto al estatus de salud y bienestar físico, se ha encontrado en estudiantes universitarios que el pesimismo disposicional está relacionado con la mayor experiencia de síntomas físicos (Chang, 1998; Chang, Maydeu-Olivares y D'-Zurilla, 1997). Además, el optimismo disposicional ha sido identificado como un índice de buen pronóstico o recuperación en pacientes coronarios (Davidson y Prkachin, 1997; King, Rowe, Kimble y Zerwic, 1998; Shepperd, Maroto y Pbert, 1996) y cancerosos (Friedman, Weinberg, Webb, Cooper y Bruce, 1995; Johnson, 1996; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karesen, 2004), habiéndose sugerido como uno de los posibles mecanismos subyacentes de tal relación la utilización de estrategias de afrontamiento del estrés más o menos adaptativas (Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993).

El optimismo se halló en todos los casos relacionado con niveles más bajos de estrés al enfrentar los estresores, aún controlando el nivel del mismo previo al evento adverso (Aspinwall & Taylor, 1992; Carver & Gaines, 1987; Carver & Scheier, 2002; Carver., 1993; Cozzarelli, 1993; Given, 1993; Hooker Monahan, Shifren & Hutchinson, 1992; Litt, Tennen, Affleck, & Klock, 1992; Scheier , 1989; Fitzgerald, 1993; Shifren & Hooker, 1995).

6.3 La Esperanza

La definición popular de la esperanza se limita al sentimiento experimentado en el momento en el que ciertos obstáculos ya no se encuentran en el camino y, por tanto, se ve como posible alcanzar una meta determinada. Sin embargo, una de las características esenciales de la esperanza, es el hecho de encontrarse constantemente con obstáculos y hallar la manera de superarlos,

para alcanzar una o varias metas. De esta manera se constituye en un constructo psicológico que no es exclusivo para los creyentes (desde lo religioso), que es mucho más amplio y que implica una serie de factores (Loxterkamp, 2006).

La esperanza se puede revisar desde tres posturas diferentes: teológica, filosófica y psicológica. En la teológica, el término está fuertemente relacionado con la fe y la caridad, siendo para los cristianos una virtud que lleva a un bien personal, relacionándose con la confianza y con el hecho de ser.

La filosófica se centra en las ideas de grandes filósofos, especialmente Gabriel Marcel, quien difiere entre optimismo, deseo y esperanza. El deseo se refiere hacia algo concreto y determinado, el optimismo a lo superficial, pues el optimista es un espectador impulsado por el ver cómo se arreglan las situaciones, y la esperanza, en cambio, implica un nivel personal y se relaciona con entrega y confianza (Rojas, 1996)

En lo psicológico, Victor Frankl, formó su teoría alrededor del sentido de la vida y de la esperanza, basándose en su experiencia en los campos de concentración. Su teoría presenta tres pilares: la libertad de la voluntad, que se refiere a la voluntad de elegir y escoger asumiendo las consecuencias; la voluntad de sentido, que significa que todos los seres tienen una motivación a buscar sentido; y el sentido de vida, que habla del para qué de las vivencias diarias. Según lo anterior, cuando se frustra y se pierde la voluntad de sentido se genera un vacío existencial y se pierde la esperanza. (Frankl, 1999)

Bayés (2001) en su libro *Psicología del Sufrimiento y de la Muerte*, señala que en las personas con enfermedades crónicas existen dos tipos de esperanza: (a) La esperanza generalizada o esperanza de mejoría en un futuro indeterminado y (b) La esperanza particularizada o esperanza de obtener algo, o encontrarse en un estado concreto, por ejemplo, tener la esperanza de estrechar los lazos afectivos con familiares o la esperanza de disminución del dolor. El autor observa que en los cuidados paliativos, a medida que avanza la enfermedad, la esperanza va cambiando del primer tipo, al segundo. (Bayés, 2001)

Por otra parte, un pequeño grupo de médicos (Frank, 1968, 1973, 1975; Locke and Collingan, 1986; Menninger, 1959; Pelletier, 1977; Siegel, 1986; Simonton, Matthew – Simonton & Creighton, 1978 en Snyder, 2000) tomaron el punto de vista de que las emociones positivas, incluida la esperanza, son parte de todas las formas de sanación. Este punto de vista es sostenido por una minoría en el campo de la medicina.

A finales de 1950 y durante 1960 el sentimiento de esperanza fue examinado bajo la lupa en acercamientos más formales y científicos. Tanto los psiquiatras (Frank, 1968; Frankl, 1963; Melges & Bowlby, 1969; Schachtel, 1959) como psicólogos (Cantril, 1964; Farber, 1968; Mowrer, 1960; Stotland, 1969) estuvieron de acuerdo en la premisa que la esperanza está basada en “las expectativas de obtener buenos logros” (Snyder, 2000, p. 4).

6.3.1 La Teoría de la Esperanza

Actualmente, en la Universidad de Kansas, Estados Unidos se continúa con el trabajo realizado en vida por C. R. Snyder quien desarrolló la Teoría de la Esperanza, sus mediciones y aplicaciones. El autor y colaboradores, han otorgado dos definiciones, la primera es “el estado motivacional positivo basado en la interacción entre un sentido agéntico (agency) (energía dirigida hacia una meta) y los caminos (pathways) (planeación para alcanzar las metas). (Snyder, 2000, p. 8).

Y la segunda definición, “es un conjunto cognitivo basado en la reciprocidad del sentido agéntico (determinación hacia metas) y los caminos (planeación para lograrlas)”. (Snyder et al., 1991, p. 571) siendo ésta última la más utilizada en las investigaciones actuales.

Snyder (2000) establece dos componentes principales:

- a) Pathway Thinking (el camino): alude a los caminos o rutas, los cuales se configuran para los objetivos o metas deseadas. Suele darse de mensajes internos como *“Encontraré la forma de conseguirlo”* o *“Sé de qué manera tengo que actuar para alcanzarlo”* (Snyder, Lapointe, Crowson y Early, 1998). Las personas con altos índices de esperanza encuentran, no solo, una meta viable y plausible, sino que tienen mayores facilidades de generar metas alternativas (Schorey, et al., 2002). Cabe destacar que dichos caminos o rutas que hay que implementar, son más efectivas cuando son más concretas, manejables y apropiadas al objetivo.
- b) Agency Thinking (sentido agéntico): forma el elemento motivador que empuja, direcciona o redirige hacia la consecución de la meta u objetivos deseados. Provee la capacidad de generar una creencia desde la cual se empieza y mantiene el movimiento de las vías meta – dirigidas. Los individuos con altos índices de esperanza son capaces de mantenerse en movimiento hacia la meta. El sentido agéntico actúa como motivador hacia el camino a seguir, permitiendo tener esa fuerza y empuje para la consecución de nuestros deseos y requerimientos (Snyder, 2002; López, Snyder y Pedrotti, 2003).

Algunas personas evalúan las barreras como bloqueos permanentes que no permiten realizar acciones para superarlas, lo cual produce reacciones emocionales negativas que recorren el siguiente camino: ira - apatía - desespero. (Snyder, 2000) Entonces, la esperanza es entendida como una variable de disposición ante una valoración de aptitudes y ante una situación por llegar (Valle, Huebner y Suldos, 2006).

El trabajo de los terapeutas es ayudar a la persona a encontrar caminos alternativos, promoviendo la esperanza mediante la combinación de intervenciones enfocadas en las soluciones, cognitivo – conductuales y narrativas, las cuales hacen parte de lo que denominó Teoría de la Esperanza

Según López, Floyd, Ulven y Snyder en Snyder (2000), esta terapia contiene dos grandes fases: (a) Inculcar esperanza, la cual incluye el proceso de encontrarla mediante la narrativa o el relato de historias de vida y que brindan al terapeuta la oportunidad de encontrar actitudes esperanzadoras en el pasado, y el proceso de enlazar la esperanza, en el que el terapeuta modela los pensamientos y comportamientos esperanzadores, generando una alianza y relación terapéutica esperanzadora con tres componentes: tareas, metas y el enlace como tal; y (b) Aumentar la esperanza cambiando los patrones automáticos y crónicos de pensamientos negativos, por optimistas y esperanzadores mediante diferentes técnicas enfocadas en las metas, en el sentido agéntico y en los caminos, y realizando una retroalimentación del proceso terapéutico.

Las terapias utilizadas en la terapia de la esperanza fueron creadas con diferentes fines; sin embargo, algunos investigadores han encontrado que al trabajarlas, se obtiene un mayor nivel de esperanza en las personas.

Según Michael, Taylor y Cheavens en Snyder (2000), existen dos formas de terapia breve que se pueden aumentar con el fin de aumentar el nivel de esperanza teniendo en cuenta la teoría de la esperanza: (a) Terapia de solución de conflictos, que se refiere a un proceso que se define el problema y se formula, se generan soluciones y luego se evalúa su efectividad. De esta forma se promueve el componente agéntico y los caminos, y por tanto el pensamiento esperanzador, y (b) Terapia enfocada en la solución, proceso en el que la naturaleza del problema pierde importancia, centrándose en las excepciones al problema. Es decir, el terapeuta explora la queja del paciente y trabaja en descubrir los momentos en los que no se encuentra presente. En estas quejas se observan aspectos problemáticos del sistema de la persona y el terapeuta “trata de alterar el sistema de mantenimiento del problema del cliente en una dirección positiva” (Michael, Taylor y Cheavens en Snyder, 2000, p. 157) generando expectativa de cambio.

El solo hecho de iniciar el proceso terapéutico genera una mejoría entre un 40% y un 66% por la presencia de la motivación, una meta y el camino para alcanzarla. De esta manera, las personas que por lo general presentan altos niveles de esperanza son aquellos con la capacidad de reconocer, generar y retener las diferentes vías a una meta propuesta. Son personas con elevados niveles de optimismo, sentido de control en situaciones adversas y capacidad de adaptación. (Snyder, 2000).

6.3.2 Efectos positivos

A lo largo de la revisión se describe la esperanza como un factor psicológico multidimensional que se asocia con la búsqueda de bienestar a través del establecimiento, búsqueda y cumplimiento de diversas metas en diferentes fases a corto y largo plazo. A partir de esta definición se puede establecer una

relación entre esperanza y salud, ya que este último concepto actualmente se encuentra definido en términos de bienestar.

Park et al. (2004) hacen referencia a la estrecha relación que existe entre Esperanza y Bienestar Subjetivo. Más concretamente en el ajuste psicológico, encuentran a la esperanza como factor predictor del mismo. En dicho estudio, se aprecia como unos determinados sucesos estresantes impactan de manera más intensa en adolescentes con bajos niveles de esperanza (Ciarrochi, Heaven y Davies 2007). Magaletta y Oliver (1999) demostraron que la esperanza es incluso mejor predictor sobre el bienestar comparado con constructos similares, tales como autoeficacia y optimismo. Por otro lado, se puede identificar a la esperanza con un rol positivo en diferentes dominios, tales como en la sensación de logro (Peterson, Gerhardt y Rode, 2005; Rand, 2009) y en la consecución de los objetivos personales (Hartley, Vance, Elliot, Cuckler y Berry, 2008).

Para complementar lo anterior, los individuos con altos niveles de esperanza se sienten más competentes con sus propias habilidades y confían en que éstas producen los caminos correctos y adecuados para la consecución de sus metas (Diener, Gohm, Suh y Oishi, 2000; Lyubomirsky et al., 2005), así como de la resolución de conflictos (Scheier, Weintraub y Carver, 1986, Aspinwall y Brunhart, 1996).

Cabe destacar que la esperanza activa emociones positivas dentro del proceso de consecución del objetivo a perseguir (Shorey, Snyder, Rand, Hockemeyer y Feldman, 2002). Así mismo la esperanza puede ser también entendida como una disposición del ser humano hacia la vida (Horton y Wallander, 2001)

Por su parte, Pereyra (2006) como una disposición con un temple adaptativo y perseverante. Esto conduce a visionar las situaciones futuras de forma halagüeña con la finalidad de alcanzarlas, de igual manera, las adversidades son tomadas como retos y desafíos más que como obstáculos. Si un acontecimiento no ocurre, se buscan estrategias diferentes para lograr su consecución o alternativa (Pereyra, 1996).

Los orígenes de la esperanza se configuran y se establecen en la niñez (Grewal y Porter, 2007). Desde la infancia el niño integra e interioriza cada proceso causa – efecto en relación a las metas, e incorpora la potencialidad de que una situación deseada ocurra en el futuro. Las personas esperanzadas perciben más posibilidades de resolver los problemas. Por ello demuestran más confianza y tienen mejor actitud ante la vida, y se perciben así mismos con menos ansiedad acerca de la muerte, más saludables y con más control respecto a sus vidas (Chang y Banks, 2007), así como niveles altos de autoestima y de percepción positiva ante las diferentes situaciones de la vida (Snyder, 2002).

Recientemente ha aparecido el concepto *Locus de Esperanza* como una extensión de la Teoría de la Esperanza. Entre sus premisas, se encuentra la

inclinación de practicar esperanza como vehículo para generar las rutas y la motivación propias de la Teoría de Snyder (García, Sisón, 2012).

7 EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

La evaluación de la experiencia del dolor crónico debe estudiar un conjunto amplio de parámetros que incluyen, pero que no están limitados a: nocicepción, dolor, conductas de dolor, discapacidad y sufrimiento. Lo que se propone es, evaluar a la persona y no centrarse exclusivamente en el problema del dolor (Miro, J., 2006)

Además, dentro de la evaluación del dolor se hace necesario la evaluación del contexto (psicológico, sanitario, social, laboral y familiar) en el que aparece y del que acaba formando parte.

Sin embargo, analizando la definición de dolor es posible comprender la dificultad para medirlo, debido a su naturaleza subjetiva y por su carácter multidimensional. Es decir, se trata de objetivar un fenómeno fundamentalmente subjetivo, sujeto a una gran variabilidad individual, y en el cual el propio paciente es el mejor juez evaluador. Los métodos más útiles, usan la información proporcionada por el paciente como forma de expresión de la intensidad o calidad del dolor, no obstante, hay que tener en cuenta que las variaciones individuales respecto del umbral del dolor dificultan su evaluación.

Una forma de evaluar es seguir la siguiente regla T. S. R. Q. P.

- T: temporalidad, desde cuándo duele.
- S: severidad, intensidad evaluada por los instrumentos o escalas convalidadas, ejemplo, escalas numéricas.
- R: radiación, dónde duele, hacia dónde irradia el dolor.
- Q: (quality) características que presenta el dolor, a fin de deducir su mecanismo predominante, ejemplo, nociceptivo o neuropático.
- P: paliación y provocación, qué alivia y qué precipita el dolor.

De un modo más específico, en relación a los datos o informaciones que se consideran pertinentes en la evaluación del dolor, se pueden clasificar los siguientes (Latorre, J., y Beneit, P.)

1. Aspectos del comportamiento verbal referidos a las características espacio-temporales, de intensidad y cualidades de dolor.
2. Aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicativos de dolor (conductas de dolor).

3. Indicadores de incapacitación o invalidez y de la interferencia en el nivel de actividad habitual y del estilo de vida.
4. Aspectos del comportamiento general, no constitutivos de problemas, que ofrezcan información sobre los recursos adaptativos del paciente.

Estos datos pueden ser recabados por dos tipos de información que se complementan entre sí:

- La evaluación Subjetiva, que depende del informe del propio paciente y que incluye técnicas como los autoinformes (historia clínica o entrevista, estimaciones cuantitativas y cualitativas, cuestionarios escritos) y autorregistros (diario del dolor).
- La evaluación Objetiva, en la que se realiza una observación directa (observación de conductas de dolor, nivel basal conductual) o indirecta, en ambiente análogo o natural, de las conductas de dolor.

Sin embargo, no hay que olvidar el modelo biopsicosocial del dolor. Bajo este prisma, se plantea que el dolor se caracteriza por tres componentes básicos: el biológico, el social y el psicológico que conforman los tres ejes fundamentales de la evaluación. Aunque distintos entre sí, se encuentran íntimamente relacionados, de ahí que su interacción procurará información útil y completa tanto en la explicación como en el tratamiento del dolor.

En cuanto al primero de ellos, un buen diagnóstico clínico resulta fundamental. Para ello, debe realizarse una evaluación multidimensional del dolor que no debe basarse tan sólo en el que probablemente sea el parámetro más evaluado (aunque a costa de los restantes): la intensidad de la sensación nociceptiva. De hecho otras dimensiones como la frecuencia de aparición y la duración tanto del trastorno por dolor (los años de historia con dolor) o de los episodios, son otros parámetros igualmente relevantes que han sido más desatendidos en la investigación habitual y de los que se suele recabar información a través de técnicas de entrevistas estructuradas.

En cuanto a los aspectos sociales, el entorno familiar y laboral e interpersonal próximos al paciente son dimensiones fundamentales. Existe suficiente apoyo empírico como para considerar que las conductas relacionadas con el dolor (como las quejas, demandas de atención, el descanso excesivo y la realización de tareas de la vida diaria) pueden estar mantenidas por procesos de condicionamiento de las personas más cercanas al paciente con dolor. Del mismo modo, los más cercanos al paciente, también suelen modificar sus hábitos vitales en un intento de adaptarse a las nuevas situaciones que desencadena la convivencia habitual con el paciente (Sharp y Nicholas, 2000).

Respecto a la evaluación psicológica, consta de varias dimensiones básicas, el conductual, el emocional y el cognitivo.

Entre las evaluaciones conductuales, sobresalen el informe y las conductas de dolor propios del sujeto que en muchas ocasiones se realizan ad hoc en previsión a los fines de evaluación que se desean utilizar. Se refieren a los comportamientos, verbales o no, que son inducidos por la percepción de dolor, como los de evitación e inhibición de estímulos y situaciones que disparan e inician los episodios de dolor, la búsqueda de ayuda o la adherencia al tratamiento entre otras. Dentro de ellos, merecen atención las respuestas que el entorno más próximo al paciente desencadenan los mismos episodios.

Entre los componentes emocionales, múltiples y variados en este tipo de pacientes, destacan la ansiedad y sobre todo la depresión (como bien pone de manifiesto la Encuesta Europea sobre el Dolor) y el hecho de que sean los antidepressivos los fármacos utilizados casi de forma sistemática en el dolor crónico. De cualquier manera, existe una cierta polémica acerca de si las técnicas de evaluación habitualmente empleadas para la depresión pueden sin más reformas ser empleadas en la evaluación de la depresión de los pacientes con dolor crónico (Pincus y Williams, 1999).

Los componentes cognitivos son relevantes, sea tanto por la variedad y multiplicidad de los que han sido considerados, como por la estrecha relación que mantienen con el cuadro de dolor. La lista de los que han sido identificados es notoriamente extensa. Por ejemplo, hace más de 20 años, Turk y su equipo enfatizaron el papel de las atribuciones, las expectativas de autoeficacia, el control personal y la resolución de problemas dentro de una perspectiva cognitivo-conductual sobre el dolor crónico (Turk y cols., 1983; Jensen, Romano, Turner, Good, y Wald, 1999; Asgharia y Nicholas, 2001) y la investigación sigue incrementando el tipo de moduladores implicados en el dolor.

En lo referente a las creencias sobre el dolor, la propia diversidad de las mismas y su relación con los parámetros sensoriales del dolor, han aconsejado el diseño de técnicas de evaluación muy variadas, aunque son escasas las aportaciones recientes y distintas a las ya consideradas "clásicas". Pero existen algunas innovaciones que merecen destacarse. Por ejemplo, Fritz, George, y Delitto, A. (2001) descubren que las creencias de miedo y evitación desempeñan un muy importante papel sobre la cronificación de los cuadros de dolor.

Con base en todo lo expuesto, la evaluación multidimensional se hace imperativa ya que el modo en que se planteen la evaluación y el tratamiento es crucial para poderlo realizar con suficientes garantías de éxito y mantener a los pacientes dentro del programa terapéutico. Cosa que no es posible realizar sin una previa evaluación del estado inicial del paciente. Por tanto no basta explicar lo que se va a llevar a cabo, sino también los motivos por lo que se hace y las posibles consecuencias favorables que se esperan para el paciente.

8 TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

8.1 Objetivos del tratamiento del dolor crónico:

Los objetivos del tratamiento del dolor crónico son diferentes de los del dolor agudo. Los planes de tratamiento del dolor crónico necesitan estar muy individualizados y acordados en asociación entre el equipo interdisciplinario y el paciente.

Los objetivos del tratamiento del dolor crónico incluyen conseguir una reducción del dolor más que la erradicación del dolor y cambios en la experiencia del dolor por parte del paciente.

Esto puede ser llevado a cabo por medio de una combinación de estrategias y planteamientos multimodales orientados al mecanismo del tratamiento del dolor, incluido el uso de medicamentos analgésicos y de métodos no farmacológicos de tratamiento del dolor.

El consenso de los objetivos terapéuticos debe ser individualizado y debe tomar en cuenta los objetivos de revertir o prevenir la cronificación del dolor, restaurar o activar el mecanismo endógeno del control del dolor, mejorar la función física, y la rehabilitación psicosocial.

Los objetivos de cualquier plan de tratamiento del dolor crónico son reducir el dolor, mejorar la calidad de vida y proporcionar a los pacientes una mejor función a nivel físico, social y laboral. La mejoría en el dolor a su vez puede reducir los cuidados de salud y las cargas sociales asociadas con el dolor crónico. (Clark TS., 2000; Gunreben-Stempfle B, et al., 2009; Mattenklodt P, et al. Schmerz)

8.2 Importancia del tratamiento precoz y eficaz:

En el manejo clínico del dolor es importante identificar precozmente los factores que puedan conducir a tratamientos no exitosos y resultados negativos.

Esto se debe a que el dolor crónico no sólo impacta en la calidad de vida global del paciente y el funcionamiento social sino que también conduce a estados de dolor crónico intratable si no es tratado eficazmente.

Se ha señalado que un alto grado de cronicidad del dolor, antecedentes de dolor asociado a cirugía, y un apoyo social bajo, son predictores negativos para un resultado exitoso del tratamiento del dolor. (Schulte E, et al., 2009)

Además, varios estudios han mostrado que el dolor crónico conduce a cambios morfológicos en el sistema nervioso central. (Tracey I, et al. 2009; Apkarian AV, 2004).

Por ejemplo, un estudio mediante resonancia magnética de los cerebros de pacientes con lumbalgia crónica, comparados con los de pacientes control, mostró que los sujetos con dolor crónico presentaban una reducción del volumen de materia gris. El volumen de materia gris de los pacientes con dolor crónico es entre un 5 y un 11% menor que el de los sujetos control y equivalente a una pérdida anual de 1,3 cm² de materia gris por cada año que el paciente padece dolor crónico.

Estos hallazgos sugieren que el dolor crónico está asociado con atrofia cerebral y ponen de relieve que el dolor crónico puede ser considerado como una enfermedad asociada a cambios anatomopatológicos, más que ser simplemente un síndrome clínico. (Tracey I, et al. 2009).

Esencialmente, un fallo al tratar el dolor crónico eficazmente y en un estado precoz puede ocasionar el desarrollo de un dolor que es más difícil de tratar.

8.3 Tratamiento farmacológico:

Existen varias clases de analgésicos que pueden contribuir a controlar el dolor. Se clasifican en tres categorías: analgésicos opiáceos (narcóticos), analgésicos no opiáceos y analgésicos adyuvantes. (Rojas, J., 2010)

Los analgésicos opiáceos producen la máxima analgesia, constituyendo la piedra angular en el tratamiento del dolor agudo debido a su gran eficacia. Todos los analgésicos opiáceos están químicamente relacionados con la morfina, un alcaloide derivado del opio, aunque algunos se extraen de otras plantas y otros se producen en laboratorios.

Todos los analgésicos no opiáceos son antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), con excepción del paracetamol (acetaminofén). La acción de estos fármacos es doble: en primer lugar, interfieren con el sistema de prostaglandinas, un grupo de sustancias que interaccionan y son en parte las responsables de la sensación de dolor. En segundo lugar, la mayoría de estos fármacos reduce la inflamación, la hinchazón e irritación que a menudo rodea una herida y que empeora el dolor. El prototipo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), es la aspirina.

Los analgésicos adyuvantes son fármacos que se administran habitualmente por razones ajenas al dolor, pero que pueden controlarlo en ciertas circunstancias. Por ejemplo, algunos antidepresivos actúan también como analgésicos no específicos y se utilizan en el tratamiento de muchos estados de dolor crónico, como el dolor lumbar, los dolores de cabeza y los dolores neuropáticos. En el tratamiento de los dolores neuropáticos resultan útiles los fármacos anticonvulsivantes y los anestésicos orales de aplicación local.

En la escalera Analgésica de la OMS (1986) se presenta el dolor como una entidad dinámica y cambiante, y el suministro de los analgésicos depende de

los cambios de la presentación del síntoma. El uso adecuado de los diferentes analgésicos se basa en la intensidad del dolor y su respuesta al tratamiento.

El objetivo del tratamiento antiálgico no se limita a disminuir en forma momentánea el dolor, sino a prevenirlo de una manera continua.

Por ello, el esquema analgésico se elige según la intensidad del dolor y este concepto está basado en una escalera analgésica, la cual consta de tres peldaños. Si el paciente no se alivia con el esquema del primer peldaño, se asciende al siguiente. Las dosis deben aumentarse, si es necesario, hasta el techo terapéutico de ellas antes de ascender al peldaño siguiente. (Plancarte R. y Mayer F.)

En el caso del dolor crónico, la OMS recomienda pasar a un nivel terapéutico mayor sólo cuando el nivel precedente de analgesia ha resultado ineficaz.

8.3.1 Analgesia y vía del dolor:

El dolor está mediado tanto por mecanismos periféricos como centrales. Por ejemplo, en un traumatismo agudo, los nociceptores periféricos son estimulados, produciendo la transmisión de señales dolorosas a través del asta dorsal de la médula espinal, y finalmente al tálamo y a la corteza cerebral. En la respuesta normal al dolor, la intensidad del dolor aumenta según aumenta la intensidad del estímulo. (Gottschalk A, et al., 2001; Kehlet H, et al., 1993; Dworkin RH, et al., 2003)

Los fármacos analgésicos consiguen el alivio del dolor por medio de una serie de mecanismos involucrados en las vías del dolor, que son la transmisión, procesamiento y percepción del dolor. Estos mecanismos incluyen la normalización de la amplificación ascendente, el apoyo a la inhibición descendente, y el cambio del procesamiento cognitivo de los marcadores del dolor. (Gottschalk A, et al., 2001; Kehlet H, et al., 1993; Dworkin RH, et al., 2003)

La percepción del dolor en el cerebro puede ser modulada por medidas farmacológicas como los opioides (Dworkin RH, et al., 2003), así como por terapia psicológica.

Diferentes tipos y clases de fármacos ejercerán sus efectos en diferentes puntos a lo largo de la vía del dolor. El desarrollo del dolor puede estar influenciado por los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas como los AINES, y los marcadores y la percepción del dolor pueden estar influenciados por fármacos que afectan el sistema opioide como los opiáceos. Los marcadores y la percepción del dolor pueden también estar influenciados por los bloqueadores del canal de ion, y por fármacos que afectan la recaptación de neurotransmisores. (Gottschalk A, et al., 2001; Kehlet H, et al., 1993; Dworkin RH, et al., 2003)

Las clases de fármacos para el tratamiento del dolor son:

- Analgésicos no opioides como los AINES, paracetamol, metamizol.
- Analgésicos opioides como tramadol, codeína, morfina, oxicodona.
- Antidepresivos o inhibidores de la recaptación como amitriptilina y
- Anticonvulsivantes o bloqueadores de los canales de ion como gabapentina y pregabalina.

A pesar de que el tratamiento farmacológico es el pilar principal para el tratamiento con éxito del dolor, en la práctica, existen tanto beneficios como limitaciones en todas las formas de tratamiento analgésico. No obstante, el uso de dos o más fármacos con mecanismos diferentes o modos múltiples de analgesia debe aumentar la posibilidad de que las señales del dolor serán interrumpidas y el dolor aliviado. (Gottschalk A, et al., 2001; Kehlet H, et al., 1993)

8.3.2 Analgésicos no opioides:

Los analgésicos no opioides incluyen varias clases de sustancias con diferentes mecanismos de acción. Además de los clásicos AINES e inhibidores selectivos de la COX-2, sustancias como el paracetamol y el metamizol son también miembros de este grupo. Metamizol está prohibido en varios países del norte de Europa debido sus potenciales efectos secundarios graves. (Reinhard S., 2011)

Los analgésicos no opioides pueden ser clasificados en general según sus características químicas como ácidos y no ácidos.

Los analgésicos no opioides ácidos son los AINES, como el ibuprofeno y el diclofenaco. Los analgésicos no opioides no ácidos son el paracetamol y el metamizol. El mecanismo de acción común de estas sustancias es su efecto sobre la síntesis de prostaglandinas. (Reinhard S., 2011)

8.3.3 Mecanismo de acción de los AINES:

Las prostaglandinas son potentes mediadores, que están involucrados en numerosas funciones fisiológicas como la agregación plaquetaria y la protección de la membrana mucosa gástrica. Las prostaglandinas juegan también un papel decisivo en el desarrollo del dolor y la inducción de las reacciones inflamatorias.

Los AINES son inhibidores de la enzima ciclo-oxigenasa o COX, y por lo tanto de la síntesis de prostaglandinas. (Warner TD, et al. 2004)

Mediante la inhibición de la producción de prostaglandinas, los AINES actúan reduciendo la inflamación y el dolor. Estos fármacos ejercen sus acciones principalmente a nivel periférico. Muchos AINES son relativamente no

selectivos, inhibiendo tanto la COX-1 como la COX-2, isoenzimas de la COX, en una proporción que varía de unos a otros fármacos.

Como sugiere su nombre, los inhibidores selectivos de la COX-2 son los inhibidores más potentes de la isoenzima COX-2.

En cuanto a su papel como fármacos analgésicos, los AINEs sólo actúan sobre el dolor nociceptivo y no son eficaces para el tratamiento del dolor crónico neuropático. Es preciso tener cuidado cuando se utilizan AINEs en el tratamiento del dolor crónico porque ciertos efectos secundarios están asociados con esta clase de fármacos. Estos efectos secundarios son irritación gastrointestinal y riesgo de hemorragia gastrointestinal y la posibilidad de interacciones entre fármacos. Algunos inhibidores selectivos de la COX-2 tienen también efectos secundarios cardiovasculares, como infarto de miocardio, ictus y elevación de la presión arterial. Los AINEs también se asocian con otros efectos secundarios como reacciones alérgicas o pseudoalérgicas, hepatopatía colestásica, leucocitopenia y anemia aplásica. Los AINEs deben ser utilizados con cuidado en pacientes ancianos con insuficiencia renal o cardíaca. (Reinhard Sittl, 2011.)

Los AINEs se utilizan ampliamente en el tratamiento del dolor crónico. Un análisis de la medicación utilizada para el dolor en Europa reveló que la mayoría de los pacientes con dolor crónico, un 96%, eran tratados con analgésicos, que no actúan sobre el sistema opioide, y que los AINEs eran la clase de fármacos utilizada más frecuentemente. (Reinhard Sittl, 2011)

Más de las tres cuartas partes de los pacientes con dolor crónico, un 76%, eran tratados con AINEs como parte del tratamiento de su dolor crónico. Esta misma encuesta encontró que en un 70% de los casos, el tratamiento había sido cambiado debido a un inadecuado control del dolor mediante la medicación previamente utilizada. (Rodríguez ML., 2006)

Existe evidencia de que los AINEs se prescriben en lugar de los opiáceos para el tratamiento del dolor no oncológico, especialmente en algunos países del sur de Europa, como Italia y España, donde se prescriben en el 68% y 49% de los casos, respectivamente. (Breivik H, et al., 2006)

No obstante, los AINEs no son apropiados para su uso en el tratamiento a largo plazo del dolor crónico debido a que su mecanismo de acción está más indicado para el control del dolor agudo, y a sus potenciales efectos secundarios graves como el riesgo de hemorragia gastrointestinal durante su administración parenteral crónica.

La EMA recomienda que es preferible utilizar la dosis eficaz más baja de los AINEs y su uso a corto plazo. (EMEA, 2006)

8.3.4 Otros analgésicos no opioides:

Entre los analgésicos no opioides, el paracetamol y el metamizol o dipirona, son inhibidores centrales de la prostaglandina, aunque su mecanismo completo de acción no es totalmente conocido. (Mattia A, et al., 2009; Rezende RM, et al., 2008)

Estos fármacos se diferencian de los AINEs porque sus acciones son principalmente centrales. El paracetamol es un derivado de la anilina y es utilizado ampliamente como analgésico y antipirético. No tiene efectos antiinflamatorios significativos. El paracetamol se asocia con riesgo de daño tóxico hepático a altas dosis. El metamizol actúa mediante la inhibición central de la síntesis de prostaglandina y tiene otro mecanismo de acción, aún no explicado totalmente. (Rezende RM, 2008)

Además de su efecto analgésico, antipirético y ligeramente antiinflamatorio, metamizol tiene también una acción antiespasmódica. Los efectos secundarios incluyen un riesgo de agranulocitosis.

8.3.5 Analgésicos opioides:

Los opioides están considerados como los fármacos estándar en el tratamiento del dolor de moderado a severo. (World Health Organization (WHO) 2007.; IASP, 1994).

Los fármacos de la clase de los opioides tienen un espectro de acción comparable pero diferente en la intensidad de su efecto y en el perfil de efectos secundarios. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los opioides según su potencia analgésica en opioides débiles y potentes. Esta clasificación está actualmente en discusión. (WHO, 2007).

Los opioides débiles no se consideran narcóticos ni tienen el estatus de fármaco controlado, mientras que los opioides potentes son típicamente fármacos controlados. Los opioides débiles son utilizados frecuentemente en el tratamiento del dolor músculo-esquelético y visceral, habitualmente en combinación con otros fármacos analgésicos. (IASP. 1994.; WHO, 2007).

Los opioides son eficaces principalmente en el manejo del dolor nociceptivo y sólo parcialmente eficaces en el alivio del dolor neuropático o tienen que ser utilizados a dosis muy altas para conseguir el alivio del dolor neuropático. Los opioides están considerados como el principal analgésico para el control del dolor postquirúrgico y el dolor oncológico. Existe un debate sobre el papel de los opioides en el tratamiento del dolor no oncológico sobre si el resultado terapéutico con éxito sólo es posible si los pacientes son seleccionados con cuidado. Los pacientes deben ser respondedores a los opioides y el uso de la analgesia basada en opioides debe sólo ser parte de un concepto o plan terapéutico global para el tratamiento del dolor crónico no oncológico. (WHO, 2007)

- **Mecanismo de acción de los opioides:**

Los analgésicos opioides actúan mediante su unión a los receptores opioides en el sistema nervioso central y en los órganos periféricos. (Dickenson AH. In: Gebhart GF, et al, 1994; Ananthan S., 2006)

Los tres principales subtipos de receptores opioides se conocen como mu, kappa y delta. (Ananthan S.,2006)

Muchos de los fármacos actualmente disponibles actúan a través de los receptores mu. Todos los receptores opioides están unidos a la proteína G. Los ligandos naturales para los receptores opioides se encuentran en el sistema límbico, el tálamo, hipotálamo y estriado del sistema nervioso central, en la formación reticular y la sustancia gelatinosa de la médula espinal así como periféricamente. Estos ligandos naturales incluyen neuropéptidos como las encefalinas, endorfinas y dinorfinas.

Los opioides ejercen sus acciones a través de los receptores opioides localizados en dos sitios: en la terminación nerviosa presináptica y en las uniones neuronales sinápticas. A nivel presináptico, la unión con el opioide provoca reducción de las concentraciones de AMPc intracelular, disminución del flujo de ion calcio y la posterior inhibición de la liberación de neurotransmisores excitantes como glutamato y sustancia P. A nivel postsináptico, la unión con el receptor opioide provoca una hiperpolarización de la membrana neuronal que disminuye la probabilidad de generación de potencial de acción. Esencialmente, los opioides reducen la transmisión de la señal dolorosa. En conjunto, los opioides activan las vías descendentes inhibitorias y afectan el proceso central del dolor, alterando la evaluación emocional del dolor. Por medio de la acción sobre estructuras supraespinales involucradas en el procesamiento del dolor, en particular el tálamo y el sistema límbico, los analgésicos opioides alteran la evaluación emocional del dolor, esto es, el dolor es todavía percibido, pero ya no es apreciado como una sensación desagradable o amenazadora. (Reinhard Sittl,, 2011).

- **Efectos secundarios inducidos por los opioides:**

Los efectos secundarios del tratamiento con opioides son una preocupación cuando son utilizados para el tratamiento del dolor crónico. (Furlan AD, et al., 2006; Bhamb B, et al., 2006; Jacobsen R, et al., 2007; Likar R, et al. 2001; Zöllner C, 2007)

Aún son frecuentes los miedos y malentendidos sobre el riesgo de la analgesia con opioides tanto entre los médicos como entre los no profesionales. Por tanto, los opioides fuertes a menudo no son prescritos a pesar de estar claramente indicados, o no son los suficientemente prescritos. Los motivos de esta "opiofobia" incluyen problemas sobre la tolerancia y la dependencia física, así como una aprehensión sobre los efectos secundarios. (Bhamb B,. 2006)

Los efectos secundarios frecuentes de los opioides son náuseas y vómitos, especialmente al comienzo del tratamiento. (Furlan AD, et al., 2006)

Estos efectos secundarios pueden desaparecer, o al menos disminuir, en el curso del tratamiento debido a la tolerancia a la terapia y, además, pueden utilizarse antieméticos para el tratamiento sintomático de las náuseas y vómitos relacionados con los opioides. El estreñimiento es otro efecto secundario de los opioides que ocurre frecuentemente y no tiende a disminuir con el tiempo. (Furlan AD, et al., 2006)

El estreñimiento se debe directamente al efecto de los opioides sobre los numerosos receptores opioides presentes en el tracto intestinal. Los opioides están también asociados con un aumento del riesgo de depresión respiratoria especialmente en situaciones de sobredosis y durante el uso concomitante con fármacos depresores del sistema nervioso central. (Furlan AD, et al., 2006; Bhamb B, et al., 2006; Jacobsen R, et al. J., 2007; Likar R, et al., 2001; Zöllner C, et al., 2007)

Estos fármacos están asociados con efectos sedantes o hipnóticos, y pueden causar hipotensión y una disminución de la frecuencia cardíaca. Otros efectos secundarios son colestasis y trastornos de la micción debidos a la estimulación del esfínter de Oddi y a espasmos del esfínter vesical. Urticaria, prurito, y broncoespasmos en pacientes asmáticos, están relacionados con la liberación de histamina inducida por los opioides. Paradójicamente, el uso a largo plazo de los opioides puede también estar asociado con el desarrollo de sensibilidad anormal al dolor. (Bhamb B, et al., 2006; Jacobsen R, et al., 2007; Likar R, et al., 2001)

8.3.6 Inhibidores de la recaptación - Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Otra clase fármacos utilizados en el tratamiento del dolor son los inhibidores de la recaptación de neurotransmisores. Como grupo, todos estos fármacos actúan afectando la recaptación neuronal de neurotransmisores clave, esto es, noradrenalina y serotonina, involucrados con los marcadores del dolor.

Dentro del grupo de los inhibidores de la recaptación de neurotransmisores están los antidepresivos tricíclicos. Estos agentes inhiben la recaptación neuronal de noradrenalina y serotonina, o 5-HT. Existe evidencia de que los antidepresivos tricíclicos son eficaces en el tratamiento del dolor crónico incluido el dolor neuropático, en donde estos fármacos están recomendados como tratamiento de primera línea, en el síndrome de dolor regional complejo, así como en la cefalea tensional. (Attal N, et al., 2006; Dworkin RH, et al. 2003)

Aunque los ATCs están clasificados y descritos como fármacos antidepresivos, su eficacia analgésica no está relacionada con un efecto antidepresivo y, es más, su efecto analgésico se aprecia a los 3 a 7 días de comenzar el

tratamiento, en comparación con las 2 a 3 semanas que tarda en aparecer su actividad antidepressiva, y el efecto analgésico, se consigue a dosis más bajas que las que se precisan para su acción antidepressiva. (Attal N, et al., 2006; Dworkin RH, et al. 2003)

- **Efectos secundarios de los ATC**

Los efectos secundarios de los ATCs incluyen efectos anticolinérgicos como sequedad de boca y nariz, visión borrosa, estreñimiento, y retención urinaria. Efectos cardiovasculares como hipotensión ortostática, palpitaciones, taquicardia y alteración de la conducción. (Attal N, et al. 2006; Pickering G, et al. 2006)

Al igual que con los otros fármacos inhibidores de la recaptación y antidepressivos, estos fármacos pueden asociarse con un riesgo de aumento de peso. Los ATCs pueden causar efectos sobre el SNC como mareo, sedación, insomnio, temblor, convulsiones y cambios del apetito. Otros efectos secundarios pueden ser alteración de la función hepática, disfunción sexual, y reacciones anafilácticas. Pueden aparecer interacciones con otros fármacos como cimetidina, fenotiazina y algunos fármacos antiarrítmicos. Los ATCs deben ser utilizados con precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, retención urinaria o neuropatía vegetativa.

8.3.7 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, o ISRS y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, o ISRN, inhiben selectivamente la recaptación de serotonina y de noradrenalina, respectivamente desde la hendidura sináptica.

De forma similar a los ATC, el aumento resultante de la concentración de transmisores intensifica la inhibición de la vía ascendente del dolor. A diferencia de los ATC, los ISRN tienen pequeña afinidad por los receptores adrenérgicos, colinérgicos o histaminérgicos y, por lo tanto, no se asocian con los efectos secundarios relacionados con la inhibición de estos sistemas. Un ejemplo de un ISRN que puede ser utilizado en el tratamiento del dolor es la duloxetina, que ha sido utilizada en el tratamiento del dolor neuropático. Aunque los ISRN pueden ser mejor tolerados que los ATC y por lo tanto apropiados para su uso en pacientes con enfermedad cardíaca, por ejemplo, sólo tienen una eficacia moderada en el tratamiento del dolor. (Quilici S, et al. 2009)

Es importante tener en cuenta que el efecto analgésico de los ISRN se debe principalmente a la inhibición de recaptación de noradrenalina. Los inhibidores puros de la recaptación de serotonina, o ISRS, no son tan eficaces en el tratamiento del dolor como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, o ISRN. Esto se debe a que como la 5-HT tiene tanto efectos

inhibidores como facilitadores puede, por tanto, aumentar el dolor. Los efectos secundarios del tratamiento incluyen náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, boca seca, aumento de la sudoración, pérdida de apetito y debilidad. (Quilici S, et al., 2009)

8.3.8 Anticonvulsivantes

Los fármacos anticonvulsivantes pertenecen a un amplio grupo de fármacos que bloquean el canal iónico.

(Ettinger AB, 2007;4:75-83 Attal N, et al., 2006; Dworkin RH, et al., 2003)

Los anticonvulsivantes inhiben la excitación neuronal y estabilizan las membranas nerviosas mediante el bloqueo de los canales iónicos en el SNC. Los anticonvulsivantes fueron originalmente desarrollados para el tratamiento de los ataques cerebrales. En relación con el tratamiento del dolor, la principal indicación de los anticonvulsivantes es el dolor neuropático fulgurante por ejemplo, neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética, y otras neuralgias. La pregabalina y la gabapentina han mostrado ser eficaces en el dolor neuropático y están recomendadas como analgésicos de primera línea en esta indicación. (Attal N, et al. 2006; Dworkin RH, et al., 2003)

La gabapentina se une a una subunidad de los canales presinápticos del calcio dependientes del voltaje. La reacción que produce esta unión reduce la liberación de los transmisores presinápticos. Como consecuencia, aparece un efecto analgésico. En la práctica clínica, la gabapentina necesita un lento ajuste de dosis inicial. La pregabalina es otro anticonvulsivante utilizado y recomendado como tratamiento de primera línea para el dolor neuropático. Este fármaco proporciona su efecto analgésico interactuando con los canales del calcio tipo N y la consecuente regulación de la liberación de neurotransmisores. La pregabalina no sufre metabolismo hepático y tiene un riesgo menor de interacción entre fármacos. Los efectos secundarios de los anticonvulsivantes son sedación, mareo, ataxia, edema periférico, náuseas, y aumento de peso. Estos efectos pueden aparecer principalmente al inicio del tratamiento y pueden contribuir a una mala adherencia; durante este periodo ocurre una alta tasa de interrupción del tratamiento. La carbamazepina bloquea los canales del sodio y también está indicada para el dolor neuropático. Sin embargo, este fármaco es un inductor de enzima hepática y puede asociarse con interacciones entre fármacos. La carbamazepina presenta una mayor tasa de efectos secundarios que pregabalina y gabapentina como mareo, fatiga, náuseas, vómitos, arritmia, visión doble, prurito y cambios en los parámetros hematológicos. (Reinhard Sittl, 2011)

8.3.9 Analgésicos tópicos

Los analgésicos tópicos están ampliamente disponibles, muchos de ellos sin prescripción, en una variedad de formas de aplicación. Algunos son aplicados

sobre la piel para producir un alivio del dolor y existen también algunos disponibles en el mercado en forma de apósitos.

Existen muchas definiciones aplicables al concepto de analgésicos tópicos ya que este grupo incorpora diferentes categorías según su composición. Las categorías principales de analgésicos tópicos son: Rubefacientes, los cuales son formulaciones tradicionales basadas en salicilato y ésteres de nicotina, capsaicina y extractos de capsicum y derivados; AINEs como diclofenaco, felbinaco, ibuprofeno, ketoprofeno, piroxicam, naproxeno, flurbiprofeno y otros, y un grupo de misceláneas que incluye benzidamida, polisulfato de mucopolisacaridos, salicilamida y sprays refrescantes. (Reinhard Sittl, 2011)

8.3.10 Opciones de posibles tratamientos futuros

Una cantidad de nuevos fármacos analgésicos están en desarrollo y pueden jugar en el futuro un papel importante en el tratamiento multimodal del dolor crónico. Existe un apósito de capsaicina que hiperestimula los canales de ion TRPV1, llamados receptor vanilloide, inhibiendo el inicio de la transmisión del dolor en la médula espinal. (Backonja M, et al. 2008; Noto C, et al. 2009)

Los nuevos bloqueadores de los canales del sodio como la ralfinamida están también en desarrollo como potenciales tratamientos del dolor neuropático. (Yamane H, et al., 2007)

La lacosamida es antiepiléptico y bloqueador del canal de ion, que se está investigando como potencial tratamiento para el dolor neuropático. (Harris JA, et al., 2009)

El tapentadol es un nuevo analgésico de acción central, que combina dos mecanismos de acción, agonista del receptor opioide mu, (MOR) e inhibidor de la recaptación de noradrenalina, o NRI, en una sola molécula. Ha sido aprobado recientemente en los EEUU para el tratamiento del dolor agudo moderado a intenso. Pertenece a una nueva clase de fármacos llamados MOR-NRI (por sus siglas en inglés) .A pesar de que los NRI tienen efectos antidepressivos, a diferencia de muchos antidepressivos, tapentadol no tiene una actividad serotoninérgica clínicamente relevante, que es sabido produce potenciales efectos pronociceptivos y proeméticos. (Reinhard Sittl, 2011)

8.3.11 Limitaciones del tratamiento farmacológico del dolor crónico:

Actualmente, el tratamiento farmacológico del dolor crónico intenso es a menudo ineficaz debido a la dificultad de equilibrar la eficacia analgésica y la tolerabilidad al fármaco. Conseguir la analgesia óptima para los pacientes que padecen dolor crónico intenso puede ser difícil, especialmente si existe un componente neuropático. Los métodos de ajuste de dosis pueden ayudar a conseguir un mejor control del dolor y de la tolerabilidad, pero los factores

relacionados con el paciente, como las causas subyacentes del dolor, comorbilidades médicas, estado psicológico o estado funcional y su respuesta al fármaco, pueden dificultar estos esfuerzos.

Los clínicos deben tener en cuenta la posibilidad de aparición de efectos adversos, siempre a altas dosis, y tener cuidado con el aumento del riesgo de mala adherencia y de interrupciones del tratamiento debido a la mala tolerabilidad. Es importante una comprensión clara de los posibles factores involucrados en los tratamientos insuficientes y las interrupciones del tratamiento para optimizar el tratamiento farmacológico y el resultado individualizado para cada paciente.

El problema de los efectos secundarios que limitan la dosificación del tratamiento es particularmente evidente con los analgésicos opioides fuertes, pero también puede aplicarse a los antidepresivos y anticonvulsivantes. El desarrollo de tolerancia a los analgésicos puede también conducir a una adherencia insuficiente y a la interrupción del tratamiento. Las interacciones farmacológicas pueden también reducir la concentración plasmática de las sustancias analgésicas activas y así producir una analgesia insuficiente. Esto tiene también la posibilidad de aumentar los efectos secundarios. (Reinhard Sittl, 2011)

8.4 Círculo vicioso del tratamiento del dolor crónico:

El tratamiento farmacológico implica encontrar un equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios asociados.

- **Analgesia insuficiente**

La analgesia insuficiente durante el tratamiento del dolor a menudo conduce a un aumento de la dosis, que, desgraciadamente, a menudo reduce la tolerabilidad. El Círculo Vicioso comienza a girar y puede producir una situación insoportable para los pacientes con dolor crónico severo, conduciendo a una calidad de vida reducida o a la interrupción del tratamiento. Principalmente, las razones de una analgesia insuficiente se encuentran en la sustancia prescrita. Sin embargo, la analgesia insuficiente puede también ser producida secundariamente por otros factores que provocan la ineficacia del tratamiento actual del dolor.

- **Efectos secundarios**

Una tasa aumentada de efectos secundarios durante el tratamiento analgésico conduce generalmente a una reducción de dosis, bien supervisada por el médico o llevada a cabo por los propios pacientes. La reducción de dosis sin embargo reduce la eficacia analgésica.

El Círculo Vicioso comienza a girar conduciendo a una calidad de vida reducida o a la interrupción del tratamiento. Principalmente, la gravedad y frecuencia de los efectos secundarios están relacionadas con el perfil de tolerabilidad de la sustancia y se basan en sus características farmacológicas.

Incluidos en el proceso del tratamiento del dolor, la analgesia insuficiente, las interacciones entre fármacos, las interacciones farmacodinámicas y farmacocinéticas, y el desarrollo de tolerancia al fármaco, pueden aumentar secundariamente la tasa de efectos secundarios.

- **Analgesia adecuada – Tratamiento aún insuficiente**

Sin embargo, con el paso del tiempo, la dosis constante de una sustancia puede perder su efecto analgésico, lo que se llama desarrollo de tolerancia. Como consecuencia la analgesia del tratamiento farmacológico es ineficaz. Además de la opción de cambiar el tratamiento a otro opioide, es una práctica habitual aumentar la dosis de la sustancia. El aumento de la dosis puede conducir a una analgesia suficiente mientras que al mismo tiempo se aumenta el riesgo de efectos secundarios. El Círculo Vicioso comienza de nuevo a girar.

- **Analgesia adecuada – Tolerancia analgésica**

Una vez que la tolerabilidad es aceptable, los pacientes son tratados adecuadamente. (Lubian, M., Pérez, C., 2011).

8.5 Tratamientos psicológicos

El reconocimiento de que las respuestas del organismo ante la estimulación nociceptiva pueden ser modificadas por diversos factores ambientales y psicológicos, permitió el perfeccionamiento de métodos no farmacológicos para reducir la experiencia dolorosa. Por ello, desde la psicología se han realizado contribuciones significativas al tratamiento de los pacientes con dolor crónico, haciendo imprescindible su presencia como parte del equipo interdisciplinario.

A grandes rasgos, la función que cumple el psicólogo no se limita a la toma de técnicas, pues éstas son una importante herramienta que sin un objetivo claro y un manejo profesional de las mismas, no son eficaces y pierden su valor. Por ello, la entrevista Psicológica es la piedra angular del tratamiento, pues la evaluación del paciente debe considerar siempre la unicidad del mismo.

Uno de los primeros pasos a dar en la intervención psicológica debería ser (in)formativa, es decir, introducir una probablemente nueva conceptualización del trastorno (en términos bio-psico-sociales) al paciente, a las personas significativas en su entorno y, si se requiere, a otros profesionales sanitarios. De esta manera se justificarían las bases de la intervención y se favorecerían la cooperación tanto de paciente como de los agentes que pueden influir en su recuperación. (Rodríguez, L. y Cano, J., 2001)

Asimismo, los métodos psicológicos para controlar el dolor pueden ser usados solos o combinados con la intervención farmacológica, dependiendo del caso, como así también la selección de las técnicas deberá ser evaluada en cada caso particular.

8.5.1 Técnicas de relajación y respiración

La relajación ha sido un tratamiento de salud durante miles de años. Hipócrates defendía el masaje en el siglo IV A.C. para ayudar a la gente a relajarse. Edmund Jacobson creó la “relajación positiva” en la década de 1930 como tratamiento para los “desórdenes nerviosos, la fatiga y la debilidad generalizada” (E. Jacobson, 1938. En Colbert D., 2006)

En los años setenta, el doctor Herbert Benson, un cardiólogo de la Universidad de Harvard, describió la reacción fisiológica que llamó “respuesta de relajación”. Se tomó esta respuesta como lo contrario a la respuesta de huir – pelear. Las técnicas que sugería incluyen ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva, visualización e imaginación, meditación, masajes, ejercicio aeróbico, musicoterapia, aromaterapia, terapia por medio del humor, ejercicios de estiramiento muscular, oraciones y otra cantidad de técnicas que estimulan el sistema nervioso parasimpático. (Benson, H. et al., 1974, pp. 37 – 48. En Colbert D., 2006)

Cada uno de los músculos y órganos del cuerpo tiene un estado de estrés simpático y también un estado parasimpático o relajado. En estado de estrés las fibras del músculo se contraen y los vasos sanguíneos hacen lo mismo, aumentando la presión sanguínea.

En estado relajado las fibras de los músculos se extienden permitiendo que se abran los vasos sanguíneos en los músculos, lo cual mejora el flujo de sangre y el tan necesario oxígeno hacia los músculos. Esto a su vez, ayuda a dar energía a los músculos y a eliminar toxinas. En estado relajado el líquido linfático aumenta en volumen, lo cual ayuda al proceso de eliminación de desechos celulares, y a la sanación de los tejidos blandos.

Tanto el sistema nervioso simpático como el parasimpático forman parte del sistema nervioso autónomo (SNA). El sistema parasimpático está activo cuando la persona está en estado relajado. Conserva la energía que permite que se devuelvan los procesos de fortalecimiento, rejuvenecimiento y regeneración de todo el cuerpo, incluyendo el sistema inmunológico, el cardiovascular, el tracto gastrointestinal, el sistema muscular y el esquelético, el sistema nervioso y casi todos los demás sistemas del cuerpo.

Por tanto, uno de los objetivos que se busca conseguir con la relajación es la reducción de la activación fisiológica procedente de una sobreestimulación del sistema nervioso simpático.

Además de este objetivo, con la relajación se puede lograr que el sujeto incremente su percepción de dominio y competencia sobre sí mismo, al proporcionarle un cierto sentido de control sobre el funcionamiento psicofisiológico. A la relajación se puede llegar a través de diferentes procedimientos; los más frecuentemente utilizados en casos de dolor crónico son:

- **Relajación progresiva de Jacobson:** es la modalidad más utilizada en casos de dolor crónico, especialmente su versión reducida. El objetivo es conseguir que la persona aprenda a discriminar las sensaciones de tensión de la distensión o relajación, profundizando progresivamente en estas últimas, sin embargo, en el caso de su aplicación en dolor crónico, antes de iniciar el entrenamiento es necesario identificar las zonas del cuerpo en que se experimenta dolor para no solicitarle al individuo un esfuerzo de tensión en ellas, ya que lo contrario podría producir un agravamiento del dolor. El entrenamiento en relajación comienza trabajando con 16 grupos musculares y a lo largo de las sesiones (10 sesiones a lo largo de 8 semanas), se van reduciendo hasta llegar a trabajar, en las últimas sesiones, solamente con 4 grupos.
- **Entrenamiento en relajación pasiva:** es una variante de la relajación progresiva, pero en la que únicamente se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares. Está especialmente diseñada para casos en que las personas tengan dificultad para tensar algunos grupos musculares o dificultad para relajarse después de tensar los músculos. Se le dan las instrucciones en la clínica, o bien se le proporciona una grabación para el sujeto lo escuche en casa.
- **Entrenamiento autógeno de Schultz:** en este caso el objetivo que se ha de conseguir es que el individuo aprenda a relajarse a través de la utilización de frases autosugestivas que fundamentalmente hacen referencia a sensaciones de peso (relajación muscular) y de calor (relajación vascular, vasodilatación periférica).

Además de estas técnicas de relajación, están las de respiración, las cuales son consideradas como una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y al incremento de la activación fisiológica asociadas a ellas. Asimismo, una respiración adecuada puede utilizarse como vía para alcanzar un estado de relajación más profundo. El entrenamiento en respiración va dirigido a conseguir en el sujeto hábitos de respiración completa y profunda (abdominal, ventral y costal).

La elección de una técnica o estrategia concreta, tanto de relajación como de respiración, depende de varios factores tales como el trastorno específico de dolor y las características y disponibilidad del sujeto. Además, estas técnicas pueden ser aplicadas bien como procedimientos específicos o bien como componentes de una intervención terapéutica más amplia. En general, se puede decir que constituyen uno de los procedimientos más sencillos, baratos y efectivos que existen para el tratamiento del dolor crónico, independientemente del síndrome doloroso. (G. Buela – Casal, J. C. Sierra, L. Espinoza – Fernández., 2001).

8.5.2 Biofeedback o Biorretroalimentación

Por *biofeedback* se entiende un conjunto de procedimientos cuyo objetivo común es posibilitar que a partir de la información relativa a la variable fisiológica de interés, proporcionada al individuo de forma inmediata, puntual, constante y precisa, éste pueda terminar consiguiendo la modificación de sus valores de forma voluntaria, sin precisar la mediación de instrumentos químicos, mecánicos y/o electrónicos (Olivares J., Méndez, FX., 1998). Así pues, se trata de técnicas de autocontrol de las respuestas fisiológicas, que operan a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario.

El elemento clave e imprescindible del proceso es la información (*feedback*), directa, precisa y constante que el sujeto recibe sobre la variable fisiológica de interés. (Simon, M. A. Biofeedback. En Caballo, V. E., 1991)

Sus aplicaciones en el ámbito del dolor crónico se refieren fundamentalmente a la modificación de la tensión muscular y los beneficios potenciales sobre las alteraciones del flujo sanguíneo. El tipo de *biofeedback* más utilizado para hacer frente a los problemas de dolor es el electromiograma (EMG), que recoge información sobre los cambios eléctricos de la musculatura estriada, generalmente por medio de electrodos en contacto con la piel situada por encima del músculo. (Olivares, J etc., y Simon, M. A etc)

Su utilidad terapéutica frente a los problemas de dolor reside en los supuestos siguientes:

1. Existen algunos síndromes de dolor crónico que están producidos por trastornos psicofisiológicos (por ejemplo, la tensión en las cefaleas tensionales).
2. Las variables psicofisiológicas implicadas en la etiología del dolor son conocidas y se las puede someter a control voluntario.
3. El control de la respuesta se consigue con la información que se facilita del órgano relevante.
4. A través del entrenamiento con *biofeedback*, el sujeto será capaz de reconocer algunos factores situacionales que están relacionados con la aparición de respuestas inadecuadas y que en el futuro podrá controlar.
5. Las habilidades adquiridas durante el periodo de entrenamiento pueden ser generalizadas al ambiente natural del paciente.

(Miró, J., 1991)

Los resultados de los diferentes estudios confirman su efectividad en el tratamiento del dolor, sin embargo ésta parece ser inferior a la obtenida con las técnicas de relajación. (Vanderhofstadt, C. J. y Quiles, M. J., 2001).

8.5.3 Técnicas conductuales

En condiciones de dolor crónico, además de disfunciones en la actividad fisiológica, están presentes otro tipo de aspectos que juegan un papel muy importante en la definición y caracterización del mismo, como son las llamadas “conductas de dolor”, según Keefe y Lefebvre (1994) se pueden agrupar en cuatro apartados o procedimientos diferentes: programación gradual de actividades y ejercicio, reforzamiento social, reorganización de las contingencias de medicación y entrenamiento en técnicas de autocontrol.

- Programación de actividades: El objetivo de esta técnica es combatir el sedentarismo propio de los individuos que sufren algún tipo de dolor crónico y que tiende a manifestarse por varias vías:
 - Reducido repertorio de actividades gratificantes y distractoras
 - Excesiva dependencia de los demás
 - Baja tolerancia al ejercicio
 - Elevada tensión
 - Miedo a realizar cualquier actividad
- Reforzamiento social: Con esta técnica se busca reorganizar las contingencias de reforzamiento que pueden estar manteniendo las conductas desadaptadas del sujeto (por ejemplo, atención de sus familiares a sus quejas, peticiones de ayuda, evitación/escape de actividades, etc.). Se procede a entrenar a las personas que conviven y/o atienden a los sujetos en la utilización de las pautas adecuadas destinadas a reforzar los comportamientos adecuados y a ignorar (extinguir) los inadecuados.
- Contingencias de medicación: Se pretende disminuir, de manera gradual, el consumo de analgésicos que en los pacientes con dolor crónico suelen ser excesivos. Primero se establece la línea base del consumo de los medicamentos, luego se sustituye la pauta de la medicación contingente con el dolor por otra basada en la división de la dosis en intervalos temporales fijos (esto se realiza en un primer momento respetando la dosis diaria total). Posteriormente se hace la reducción gradual de la cantidad de medicación consumida en cada toma hasta llegar a la dosis mínima terapéuticamente efectiva para cada caso. Esto se suele realizar a través del llamado “cocktail de dolor” que consiste en disolver el medicamento en algún líquido, puede ser un jugo, de tal manera que mientras la cantidad del líquido ingerido permanece constante a lo largo del tratamiento, la cantidad de medicación disuelta se va reduciendo poco a poco.
- Estrategias de autocontrol: Se busca aumentar la probabilidad de que el individuo pueda generalizar lo aprendido durante la intervención a su vida cotidiana. Esto se intenta conseguir a través de la enseñanza de una serie de habilidades o estrategias. Se entrena en autoobservación, la cual es la toma de conciencia por parte del sujeto de los comportamientos que hay que modificar. Para ello se utilizan los

autorregistros que el sujeto realizará diariamente. También se enseña el reconocimiento de las señales de peligro que provocarían la puesta en marcha de alguna de las estrategias aprendidas, así mismo se da la enseñanza en la identificación de los progresos conseguidos. El siguiente punto es enseñarle la aplicación de autorrefuerzos ante la emisión de alguna conducta adecuada, así como en la no aplicación de tales autorrefuerzos por la emisión de una conducta inadecuada. (G. Buela – Casal, J. C. Sierra, L. Espinoza – Fernández., 2001)

8.5.4 Técnicas cognitivo – conductuales

Su objetivo es modificar los aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor, dotando al paciente de estrategias que le permitan reducir su intensidad y aversividad, de manera que sus actividades conductuales y cognitivas resulten mínimamente alteradas.

Habitualmente se realiza una selección de los candidatos a ser sometidos a terapias cognitivo-conductuales, no siendo admitidos a tratamiento, entre otros, los pacientes que no cooperan en el tratamiento o asumen una actitud excesivamente pasiva, los que no comprenden los principios de la terapia o aquéllos que presentan trastornos neuróticos y psicóticos, lesiones extremadamente importantes o toman una medicación que dificulta su capacidad de concentración y atención.

Un programa de tratamiento cognitivo-conductual suele ser perfilado en cuatro fases interrelacionadas: a) selección en base a unos criterios previos; b) evaluación (análisis funcional de conducta); c) intervención, y d) seguimiento.

El tipo de intervención más utilizado desde la aproximación cognitivo-conductual es el denominado entrenamiento en inoculación de estrés. (Meinchenbaum, D., 1987)

Esta técnica, se dirige a modificar los aspectos cognitivos-evaluativos del dolor, sin olvidar los componentes motivacionales y sensoriales (2). Consta de tres fases, que son: a) fase educacional o de conceptualización; b) fase de adquisición y entrenamiento de habilidades específicas, y c) fase de puesta en práctica (Labrador, FJ., Vallejo, MA. En Mayor, J., Labrador, FJ., 1986)

1. **Fase educacional o de conceptualización.** El objetivo es explicar al paciente en qué consiste el dolor y aclarar el papel determinante de la conceptualización que se haga del mismo. También se emplea para delimitar la línea base de las conductas objeto de la evaluación conductual.

2 . **Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades específicas.** En función de las distintas dimensiones del dolor, se emplean diferentes técnicas:

—*Dimensión sensorial-discriminativa*: se utilizan estrategias para incrementar la respuesta de relajación del sujeto (técnicas de biofeedback, entrenamiento en respiración profunda y relajación, etc.).

—*Dimensión emocional-afectiva*: técnicas centradas en el control de la atención y empleo de la imaginación .

—*Dimensión cognitivo-evaluativa*: principalmente autoverbalizaciones, a través de cuatro pasos que son: a) *p reparación* para la aparición de la estimulación pasiva antes que sea muy intensa (“no debo preocuparme, eso no ayuda nada”); b) enfrentamiento y control de la estimulación intensa (“debo relajarme y respirar profundamente”); c) *manejo* de los sentimientos y respuestas emocionales (“no debo tratar de eliminar el dolor, sólo de hacerlo soportable”), y d) autorrefuerzo por el control (“muy bien, podré conseguirlo también otras veces”).

3Fase de aplicación práctica. Consiste en llevar a cabo las diferentes técnicas aprendidas en situaciones que se vayan pareciendo más a las condiciones ordinarias en las que se presenta el problema. Se suele comenzar por role playing y entrenamiento en imaginación. Inicialmente, también se emplean las verbalizaciones en voz alta.

Este tipo de técnica permite abordar las tres dimensiones independientes de la experiencia dolorosa (sensorialdiscriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa). En la inoculación de estrés, el entrenamiento en relajación afecta fundamentalmente al componente sensorial del dolor, mientras que las estrategias cognitivas (como las imágenes mentales incompatibles con el dolor), incidirían principalmente sobre las dimensiones afectivas y cognitivas (Baka, DA., 1982). La eficacia de la técnica también se atribuye al sentido de control sobre el dolor que confiere a los pacientes, frente a los sentimientos de pasividad e indefensión que surgen con el tratamiento tradicional.

8.5.5 Hipnosis clínica

Hoy en día, la hipnosis es un área de investigación activa y dinámica. La hipnosis se utiliza como un adjunto a otros tratamientos para controlar tanto síntomas físicos como psicológicos, demostrando ser un medio eficaz para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes. Por ejemplo, la hipnosis se ha utilizado eficazmente con pacientes de cáncer, pacientes de cardiología, de cirugía, pacientes con el síndrome del colon irritable, con el trastorno de estrés post-traumático, pacientes con ansiedad y fobias y pacientes obesos (Calvert, Houghton, Cooper, Morris, & Whorwell, 2002; Cardeña, 2000; Kirsch, 1996; Kirsch et al., 1995; Montgomery et al., 2000; Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001; Rhue et al., 1993; Simren, Ringstrom, Bjornsson, & Abrahamsson, 2004).

Quizás la mejor evidencia de la eficacia de la hipnosis proviene de la literatura sobre dolor. La hipnosis, llamada hipnoanalgesia en este caso concreto, ha demostrado de forma consistente reducir, y en algunos casos eliminar, tanto el

dolor inducido experimentalmente como el clínico (Montgomery et al., 2000; Montgomery et al., 2002a). En un meta-análisis centrado en el uso de la hipnosis para el control del dolor se encontró una media de un 75% de pacientes que se beneficiaron respecto a los controles (Montgomery et al., 2000). Aunque la evidencia del control del dolor mediante hipnosis es la más sólida en contextos agudos como el dolor que sigue a la cirugía (Montgomery et al., 2002a), está creciendo la evidencia de que la hipnosis es también eficaz para el manejo del dolor crónico (Patterson et al., 2003).

En la actualidad es posible hacer un análisis de la hipnosis y el dolor en función de estudios científicos en los que se utilizan modernas técnicas de laboratorio psicológico, neurofisiología y neuroimagen: la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y la encefalografía magnética (Rainville P, Carrier B, Hofbaner RK, Bushnell MC, Duncan GH., 1999; Payá, S., 2003) dolor, así como estudiar las fuentes eléctricas del cerebro y cómo se procesan los cambios producidos por el dolor. Efectivamente, hay un proceso superior en el cerebro todavía desconocido que, de algún modo, cambia nuestra percepción del dolor independientemente del efecto que un fármaco *per se* pueda ejercer sobre éste (Faymonville ME, Steven L, Degurldre CH, Del Fiore G, Luxen A, Georges F, et al., 2000). Los pacientes en hipnosis pueden ser sugestionados para percibir menos dolor y, de hecho, lo hacen. Estos datos indican que el dolor es una experiencia que construye el cerebro más que una experiencia sufrida pasivamente por él. Es en esta construcción donde aparentemente actuaría la hipnosis.

A medida que la tecnología de imágenes del cerebro mejora, los estudios proveen de más información sobre los cambios en el cerebro asociados con la hipnosis y las sugestiones hipnóticas. Por ejemplo, Rainville y sus colaboradores (Rainville, Hofbauer, Bushnell, Duncan, & Price, 2002) encontraron datos con la tomografía por emisión de positrones (PET) que apoyan la existencia de cambios en el córtex cingulado anterior, el tálamo y el tallo cerebral ponto-mesencefálico asociados a los procedimientos de hipnosis. Kosslyn y sus colaboradores (Kosslyn, Thompson, Costantini-Ferrando, Alpert, & Spiegel, 2000) encontraron diferencias hemisféricas en el flujo de sangre asociadas al procesamiento del color y la hipnosis utilizando la PET. Estos datos están mejorando la comprensión de lo que ocurre en el cerebro cuando se dan inducciones y sugestiones hipnóticas, y pueden aportar metodologías mejores para perfeccionar sus aplicaciones

Se entiende el dolor como una experiencia multidimensional psicobiosocial, influida por un estímulo sensorial real y por factores emocionales tales como sufrimiento, miedo, ira, ansiedad, memoria, motivación y cultura. No es posible concebir la experiencia dolorosa al margen de la afectación emocional. Es aquí donde la hipnoanalgesia tiene una mayor incidencia, aunque no únicamente, como lo demuestran las evidencias de investigación en hipnosis en las que se observan las variaciones que se producen en la activación de determinadas áreas corticales (mediante PET o SPECT) (Wik G, Fischer H, Bragee B, Finer B, Fredrickson M., 1999). Importantes estudios de neuropsicología realizados

en las universidades de Stanford, Nueva York, París, entre otras, constatan modificaciones en la percepción subjetiva del dolor en sujetos en experimentación de diversa susceptibilidad a la hipnosis, (De Pascalis V, Perrone M., 1996). considerando que en la hipnoanalgesia no tan sólo intervienen factores emocionales, sino que además hay una influencia directa en la activación cerebral y la producción regulación de mecanismos neuroendocrinos que modulan la percepción del dolor (serotonina, sustancia P, endorfinas, esteroides, catecolaminas, entre otros). Payá, J., 2003)

Los procedimientos hipnóticos se utilizan con buenos resultados en el tratamiento de diversos tipos de dolor: quemaduras, dolores neuropáticos, dolores dentales, exploraciones médicas dolorosas, miembro fantasma, colon irritable, dolores conversivos, y otros. (Haanen HCM, Hoenderdors HTW, Van RLK, Wim CJ, Hopc M, Terwid JP., 1991; Zaltzer LK, Tsao JC, Stelling C, Powers M, Levy S, Waterhouse M., 2002).

8.5.6 Estrategias de grupo

El tratamiento del dolor crónico también se puede realizar de manera grupal siguiendo un procedimiento y protocolo determinados. Dichos programas suelen incluir la mayoría de las técnicas mencionadas anteriormente. Los grupos son estructurados, pequeños (de 4 a 7 pacientes) para lograr una mejor efectividad.

8.5.7 Eficacia optimizada del tratamiento

Optimizar la eficacia del tratamiento es una necesidad imprescindible. (Galvez R. J., 2009; Glajchen M., 2001; Katz WA.. 2002; Tunks E., 2002; Moore RA, et al., 2005; Kalso E, et al., 2004)

A pesar de la disponibilidad de una gama de potentes analgésicos, el subtratamiento del dolor, incluido el dolor asociado con los trastornos musculoesqueléticos, es habitual. En la práctica clínica, al menos un 50% de los pacientes con dolor crónico no experimentan un alivio adecuado lo que aumenta la carga que el dolor crónico supone para los pacientes y para la sociedad. (Galvez R. J., 2009)

Los resultados terapéuticos están frecuentemente comprometidos por altas tasas de interrupción del tratamiento relacionadas con la tolerabilidad. (Glajchen M. J, 2001)

Las revisiones realizadas han mostrado que un 20-30% de los pacientes con dolor crónico suspenden su tratamiento con opioides, principalmente debido a los intolerables efectos secundarios. (Reinhard Sittl, 2011)

Por esta razón se hace imprescindible hacer conciencia en el equipo médico de recurrir a la intervención multimodal para lograr eficacia y eficiencia en el tratamiento del paciente con dolor crónico.

Segunda parte
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

9 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Justificación del estudio

Históricamente el tema del dolor crónico ha recibido diferentes consideraciones que van desde planteamientos simplistas, hasta los modernos modelos multidimensionales (Gamsa, 1994), llegando a la consideración actual del dolor como un fenómeno complejo multidimensional que surge a partir de la evidencia neurológica y experimental de los trabajos de Melzack y Wall y su Teoría de la Puerta del Dolor (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968), y de la propia definición de la IASP (International Association for the Study of Pain, 1979, 1986) como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”. Esta definición invalida la conceptualización del dolor como modalidad exclusivamente sensorial y otorga especial importancia a la subjetividad del paciente (Chapman, 1986; Gala et al., 2003), destacando el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos (Belloch, 1989). La consideración de las variables psicológicas moduladoras del dolor ha permitido, a su vez, la progresiva e imparable incorporación de la Psicología y los psicólogos a su estudio y tratamiento (Gildenberg, 1992; Jarana y León, 1990).

A partir de los años 80 el dolor en general, y el dolor crónico en particular, se entienden como una experiencia subjetiva compleja cuyo acercamiento debe realizarse desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la que el dolor es considerado resultado de la interacción de elementos biológicos que pueden provocar y mantener distintas dolencias, de factores psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de elementos socioambientales moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuestas del organismo (Miró, 2003; Turk y Rudy, 1992). La contribución de los factores psicológicos se hace especialmente relevante y obvia en el caso del dolor crónico (Ackerman y Stevens, 1989; Meilman, 1984; Philips, 1991) en el que la propia cronificación del dolor es considerada una enfermedad en sí misma (Bonica, 1976).

La importancia del estudio del dolor crónico se concreta a las altas cifras de tipo epidemiológico y económico. El dolor es la razón más frecuente de consulta de los pacientes al médico y representa un problema grave para una gran parte de la población. En Estados Unidos del 15 al 20 por ciento de la población sufre de dolor agudo cada año, del 25 al 30 por ciento de todos los

estadounidenses sufren de dolor crónico (Coda, B. A.; Bonica, J. J.; 2001). En Europa se observó que la prevalencia del dolor crónico es del 19 por ciento (Gerbershagen K. et al.; 2009). Concretamente en España el 23.4 por ciento de personas sufren de esta condición. (Catalá, 2002 en Moix Queraltó, 2005).

A esto se suma que los pacientes con dolor crónico son policonsultantes, así también los días de trabajo perdido, las bajas laborales, los costos de asistencia y los gastos farmacéuticos son de importante consideración.

En el año 2006 en el Centro Nacional Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia de la ciudad de San José (CNCD y CP) se atendieron un total de 30,000 consultas de personas con sintomatología dolorosa crónica. Esta cifra corresponde a un 60 por ciento de la población atendida (Departamento de estadística CNCD y CP, 2006. En Rojas, 2007).

Debido a que el control del dolor es un problema de alcances internacionales, la OMS insiste en que los países deben de dar prioridad al establecimiento de programas integrales, que incluyan los componentes emocionales dentro del tratamiento.

9.1 Objetivos e hipótesis del estudio

Con base en los numerosos y amplios estudios realizados a nivel mundial, en el tema del dolor crónico se puede concluir que, los factores psicológicos y emocionales son variables con gran influencia en la percepción y formas de afrontamiento del dolor crónico. Por esta razón el presente estudio es el análisis de las variables psicológicas y emocionales positivas en sujetos (n = 71) que sufren de dolor crónico de diferente etiología.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la relación entre las variables psicológicas positivas (optimismo y esperanza) y la percepción del dolor en pacientes con dolor crónico.

Del objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos y sus correspondientes hipótesis:

1. Evaluar el sentimiento de esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico.
2. Evaluar el sentimiento de optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico.
3. Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.
4. Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del sujeto al dolor crónico que padece.
5. Evaluar la diferencia entre los sexos en las puntuaciones de esperanza y optimismo.
6. Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor), tienen mayor relación con la esperanza y el optimismo.
7. Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en el momento presente y la esperanza y el optimismo.
8. Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en los últimos siete días y la esperanza y el optimismo.

A partir del objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos y sus correspondientes hipótesis.

1. 1 Evaluar la esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 1.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentaran niveles de esperanza alta, a pesar del dolor crónico que padecen.

2. Evaluar el optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 2.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentarán niveles de optimismo alto, a pesar del dolor crónico que padecen.

3. Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.

Hipótesis 3.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en esperanza, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

Hipótesis 3.2 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en optimismo, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

4. Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del sujeto al dolor crónico que padece.

Hipótesis 4.1 Los sujetos que reporten niveles más altos de esperanza presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

Hipótesis 4.2 Los sujetos que reporten niveles más altos de optimismo presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

Hipótesis 4.3 En la muestra de sujetos que sufren de dolor crónico habrá diferencia entre hombres y mujeres en la aceptación del dolor crónico.

5. Evaluar la diferencia entre los sexos en las puntuaciones de esperanza y optimismo.

Hipótesis 5.1 En la muestra de sujetos con dolor crónico, se observará diferencia en las puntuaciones de esperanza y optimismo entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en esperanza y optimismo que los hombres.

6. Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor), tienen mayor relación con la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 6.1: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con menor nivel de esperanza será el tiempo de evolución del dolor.

Hipótesis 6.2: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con menor nivel de optimismo será el número de zonas de dolor.

7. Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en el momento presente y la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 7.1: La intensidad de dolor en el momento presente correlacionará inversamente con el optimismo y la esperanza.

8. Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en los últimos siete días y la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 8.1: La intensidad de dolor en los últimos siete días correlacionará inversamente con la esperanza y el optimismo

9.2 Método

9.2.1 Sujetos

Se evaluó 71 sujetos con dolor crónico no oncológico de etiología diversa que acuden para asistencia psicológica y de hipnosis clínica al Centro Lezahbi (centro para el manejo del dolor crónico). La muestra estaba formada por 54 mujeres y 17 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y los 78 años.

La muestra utilizada es de carácter intencional, es decir, que se seleccionó a los sujetos porque poseían características que eran de interés para la investigación, en este caso dichas características eran edad, sexo, dolor crónico no oncológico. Por lo tanto es un tipo de muestra no probabilística ya que la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad de ser elegidos, sino de causas relacionadas con las características que se buscaban para el estudio.

Al tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones que se derivan de este trabajo no son representativas ni pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas solo para aquellos sujetos que participaron de la investigación.

9.2.2 Procedimiento

Los sujetos que asisten al Centro Lezahbi para asistencia psicológica y de hipnosis clínica en el tratamiento de dolor crónico, ya han recibido un diagnóstico médico, ya sea en las clínicas del dolor pertenecientes a hospitales de la seguridad social, o bien, en las clínicas del dolor en el ámbito privado. Se tomó en cuenta para el estudio las personas que asistieron a Centro Lezahbi desde el mes de Julio al mes de Noviembre del 2013.

La evaluación la realizó una psicóloga con experiencia en psicología clínica y de la salud, la evaluación se realizó de manera individual en un consultorio, se dedicó el tiempo necesario para la aplicación de los cuestionarios de los instrumentos de evaluación. Se garantizó la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines de investigación y tratamiento a través del consentimiento informado.

Selección de los sujetos:

Criterios de inclusión:

Dolor crónico no oncológico, de diferente etiología, definido como dolor persistente con una duración de, al menos, seis meses y resistente a la terapéutica médica convencional.

Criterios de exclusión:

Pacientes con cáncer, es la única patología causante de dolor que se excluye de este estudio.

Pacientes psicóticos activos.

Individuos con deficiencia intelectual.

Pacientes con depresión grave.

9.2.3 Instrumentos de evaluación

La recogida de los datos demográficos y clínicos del sujeto se realizó a través de un protocolo de entrevista semiestructurado diseñado por la investigadora. El protocolo cubría las siguientes áreas:

- Datos demográficos: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, con quiénes convive, afiliación religiosa y/o espiritual.
- Datos clínicos:
 - a) Sueño, alimentación, ejercicio físico, tabaquismo, consumo de licor.
 - b) Diagnóstico, tiempo de sufrir dolor, existencia de otras enfermedades, tratamiento farmacológico para su condición de dolor, tratamiento no farmacológico para su tratamiento de dolor, operaciones efectuadas para su condición de dolor.

Los datos psicológicos se recogerán a través de los siguientes instrumentos

1. Prueba de Orientación de Vida (Life Orientation Test – LOT – R) (Scheier, Carver y Bridges, 1994)

Sirve para medir el optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos, en la versión española de Otero – López, Luengo, Romero, Triñanez, Gómez y Castro (1998).

En su primera versión este cuestionario constaba de 8 ítems (más 4 de relleno) que evaluaba las expectativas generalizadas hacia resultados positivos o negativos. Se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como «En tiempos difíciles, generalmente espero lo mejor», usando una escala de 5 puntos, desde 0 (*muy en desacuerdo*) hasta 4 (*muy de acuerdo*). De los 8 ítems, 4 están redactados en sentido positivo y 4 en sentido negativo. Después de revertir los ítems redactados en sentido negativo, se logra la puntuación total en optimismo.

En 1994 Scheier, Carver y Bridges revisaron esta medida de optimismo y eliminaron 2 ítems que consideraban que no hacían referencia explícitamente a las expectativas de resultados. El renovado LOT-R consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno) que proporcionan una puntuación de optimismo disposicional. La forma de puntuación se mantuvo igual que en la versión primera.

En la evaluación, se consideran los ítems de enunciados negativos, (3,7, 9), se codifican revertidos antes de la puntuación. Luego se suman a esos ítems con los ítems positivos (1, 4,10). Por lo tanto los puntajes pueden ir de 0 a 24.

Por lo tanto este test mide el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional.

Para los fines de la interpretación de los resultados, se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera:

0 - 4 Muy pesimista

5 - 8 Pesimista

9 – 15 Medio nivel de optimismo

16 – 20 Optimista

21 – 24 Muy optimista

2. Escala de Esperanza:

La Escala de Esperanza para adultos (Snyder, Anderson, Holleran, Irving, Simon et al., 1991; adaptado por Flores, Valdivieso y Martín, 2013) mide el constructo cognitivo de esperanza, un conjunto de creencias de que las metas personales pueden ser logradas en el futuro, y que uno tiene parte del poder necesario para hacer que eso suceda. Está dividida en dos sub escalas, lo agéntico y el camino.

La versión actual de la Escala de Esperanza contiene solo 12 preguntas, pero solo se miden 8 preguntas. Se puntúan desde 1 (definitivamente falso) a 8 (definitivamente verdadero). La suma de estas respuestas da la puntuación de esperanza. Las preguntas incluyen el sentido agéntico y los caminos. Se omiten las cuatro preguntas distractoras. (Pattengale, J., 2010).

Para los fines de la interpretación de los resultados, se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera:

0 – 12 Mucha desesperanza

13 – 25 Desesperanza

26 – 38 Medio

39 – 51 Esperanza

52 – 64 Mucha esperanza

3. Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico:

Adaptación española del Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (González, Fernández, Torres, 2010) la adaptación de este cuestionario tipo likert consta de los 20 ítems iniciales propuestos por McCracken y colaboradores (2004, citados por González, Fernández, Torres, 2010) y la especificación de 15 ítems que los autores que hicieron la revisión consideraron suficientes para medir la aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia. Posee una calificación de 7 puntos de 0 (nunca es cierto) a 6 (siempre es cierto). El cuestionario mide dos factores la implicación en actividades y la apertura ante experimentar dolor, cuya suma de los puntajes obtenidos en cada factor dan como resultado el puntaje de la aceptación general del dolor crónico.

Para los fines de la interpretación de los resultados, se ha categorizado los puntos de la siguiente manera:

- 1 – 24 Muy poca aceptación del dolor
- 25 – 48 Poca aceptación del dolor
- 49 – 72 Mediana aceptación del dolor
- 73 – 96 Buena aceptación del dolor
- 97 – 120 Muy buena aceptación del dolor

4. Cuestionario McGill sobre el dolor (versión corta):

Cuestionario distribuido en 20 grupos de descriptores verbales adjetivos, agrupados a su vez en 3 categorías principales dirigidas específicamente a aspectos sensoriales (espacio, tiempo, presión, temperatura), emotivos (ansiedad, miedo, tensión) y valoración del dolor. El sujeto tiene que escoger las palabras que mejor describan su situación. Cada adjetivo tiene asignada una puntuación. La puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que, sobre esta experiencia, ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran.

Cuenta además con una Escala Visual Analógica (VAS) para medir la intensidad del dolor durante la última semana, en una escala de 0 a 10. Para la dimensión evaluativa, el cuestionario contiene seis descriptores verbales que evalúan el dolor actual (PPI) desde Ninguno a Insoportable.

Para los fines de la interpretación de los resultados, se ha categorizado los puntos de la siguiente manera:

- 1 – 9 Muy poco dolor
- 10 – 18 Poco dolor

19 – 27 Medio

28 – 36 Mucho dolor

37 – 45 Muchísimo dolor

9.2.4 Diseño

El presente trabajo adopta un diseño no experimental, ya que las variables que intervienen en el mismo no son susceptibles de manipulación o dosificación por el experimentador. (Sierra Bravo, R., 1994) No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. (Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M., 2010)

Además, es un trabajo de tipo descriptivo, cuyo propósito es justamente describir situaciones y eventos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno (IDEM). Está relacionado a condiciones existentes, prácticas que prevalecen, por lo tanto, se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar para luego describirlos.

También es un estudio de tipo transversal o de observación sistemática el cual permite obtener información clínica y permite describir las relaciones existentes entre un conjunto de variables en un momento determinado.

Las variables involucradas en este estudio fueron:

9.2.4.1 Variables Cognitivas

Creencias optimistas que se valoraron a través de la Prueba de Orientación de Vida (Life Orientation Test LOT – R), cuanto más altas las puntuaciones en la sumatoria de las respuestas, más optimista se considera la persona, no hay un punto de corte en la puntuación. (Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W., 1994).

Así mismo se administró la Escala de Esperanza de Snyder, esta escala consta de cuatro ítems que miden el elemento motivador sobre la orientación e implementación de metas (el sentido agéntico), consta igualmente de cuatro ítems que cuantifica la esperanza con base en el pensamiento orientado a las rutas a seguir (el camino). Y finalmente tiene cuatro ítems de carácter distractor, los cuales no se toman en cuenta para la cuantificación. Los participantes puntúan del 1 al 8, el cual 1 es definitivamente falso y el 8 es definitivamente verdadero. La corrección del instrumento consiste en la suma de los primero ítems del sentido agéntico, posteriormente los ítems del camino para finalizar con el total.

9.2.4.2 Variables de dolor

Cuestionario de Aceptación del dolor crónico (Chronic Pain Acceptance Questionnaire CPAQ):

Cuestionario McGill sobre el Dolor (versión corta) este cuestionario provee una lista de palabras que describe algunas de las cualidades del dolor. La persona tiene que marcar aquellas que mejor describen el dolor que siente. Los descriptores 1 – 11 describen la dimensión sensorial (S), de la experiencia del dolor, y 12 – 15 representa la dimensión afectiva (A). Cada descriptor se clasifica en una escala de intensidad de 0 = ningún dolor, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = severo.

También contiene la Escala Visual Analógica (EVA) la cual es una línea que debe medir 10cm de largo, provee un puntaje de intensidad.

Además, incluye la Intensidad de Dolor en este Momento la cual es una medición global de la intensidad de dolor, suministrado por el valor numérico asociado a los cinco suscriptores verbales y representan el dolor percibido desde lo mínimo a lo peor. Representan la categoría valorativa.

9.2.5 Análisis de los datos

Mediante el uso de Microsoft Office Excel 2013, IBM SPSS 20, y se realizaron los siguientes análisis:

Estadística descriptiva: La descripción de las variables demográficas y clínicas se realizaron mediante el recuento expresado en porcentajes y a través de las medias y desviación estándar (DE). El análisis de las escalas LOT – R, Escala de Esperanza, Cuestionario de Aceptación del Dolor, Cuestionario McGill para el dolor, se hizo utilizando las puntuaciones directas que la investigadora categorizó para fines de la interpretación de resultados para este estudio. Sus comparaciones se hicieron utilizando los baremos de dicha categorización.

Prueba de U de Mann – Whitney: La prueba de U de Mann – Whitney es una prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes. Es muy utilizada para muestras pequeñas como es el caso de la muestra de este estudio (n = 71). Esta prueba se estudió la relación entre hombres y mujeres en el nivel de aceptación del dolor, así como para el nivel de esperanza y optimismo entre ellos.

Coeficiente de correlación de Spearman: El coeficiente de correlación de Spearman (ρ), es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas. Con la correlación de Spearman se estudió la correlación entre los instrumentos utilizados, LOT – R, Escala de Esperanza, Cuestionario de Aceptación del dolor y Cuestionario McGill del dolor; así como la Escala Analógica Visual, el nivel de dolor reportado en el presente y las zonas de dolor.

Para todos los análisis se consideró que una relación era estadísticamente significativa cuando $p < 0.05$ y no significativa si $p > 0.05$.

10 RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados sobre la descripción de la muestra de estudio y los análisis estadísticos para la comprobación de los objetivos. Primero se presentan análisis sobre los datos demográficos y datos clínicos de la muestra. Posteriormente se describen los resultados de los objetivos e hipótesis del trabajo.

10.1 Descripción de la muestra

10.1.1 Datos demográficos

Se evaluó un total de 71 sujetos con dolor crónico, ningún sujeto fue eliminado del estudio.

La descripción de los datos demográficos se describe en la tabla 3 en ella se observa que el 76.5% fueron mujeres y el 23.94% fueron hombres. El rango de edad de los hombres es de 30 a 72 años, y el de las mujeres es de 18 a 78 años.

En la gráfica 1 y 2 se muestra la distribución de acuerdo a al sexo y a la edad. Se aprecia que la mediana de los hombres es de 46 años, y que la mediana de las mujeres es de 47 años.

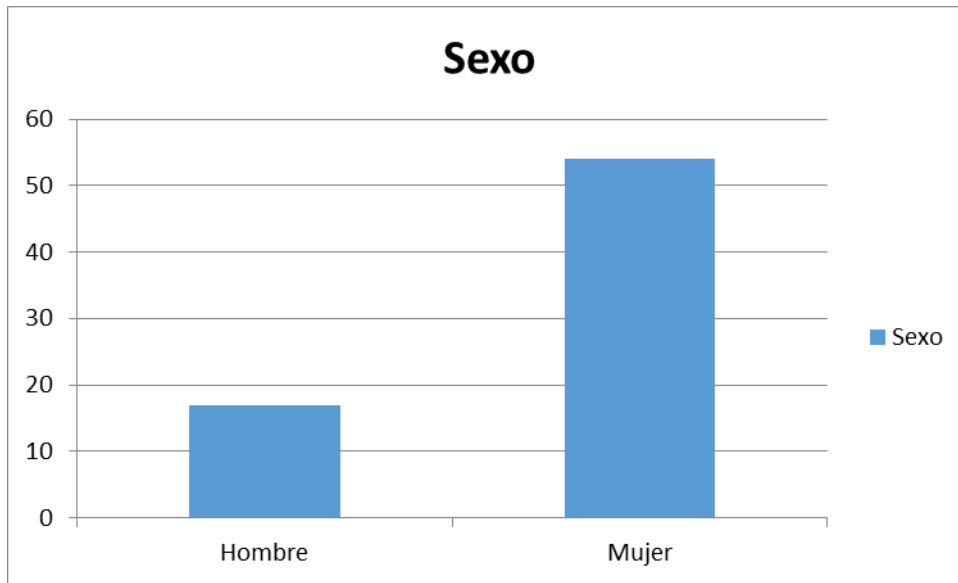
El estado civil de la muestra está constituido por 53.52% personas casadas, 16.9% solteros, 15.49% divorciados, 7.04% en unión de hecho y 7.04% viudos.

Con respecto al nivel de educación de la muestra la mayoría es profesional (42.25%), le siguen los que tienen estudios técnicos (22.53%), y las amas de casa (16.9%), así como los que están pensionados o jubilados (11.26%), pocos no tienen estudios universitarios (4.22%), y hay unos pocos que están estudiando en la universidad (2.81%).

En cuanto al tipo de convivencia, es decir, si vive solo o comparte vivienda con familiares o amigos se observó que la mayoría de los sujetos vive con esposa o pareja y/o hijos y hasta nietos (84.5%) y pocos viven solos (15.49%).

El lugar de residencia de la muestra, en su mayoría, el 74.64% es de San José, seguido por el 9.85% de las ciudades de Alajuela y Cartago, el 4.22% reside en Heredia y el 1.40%, es de Limón.

GRÁFICA 1



GRÁFICA 2

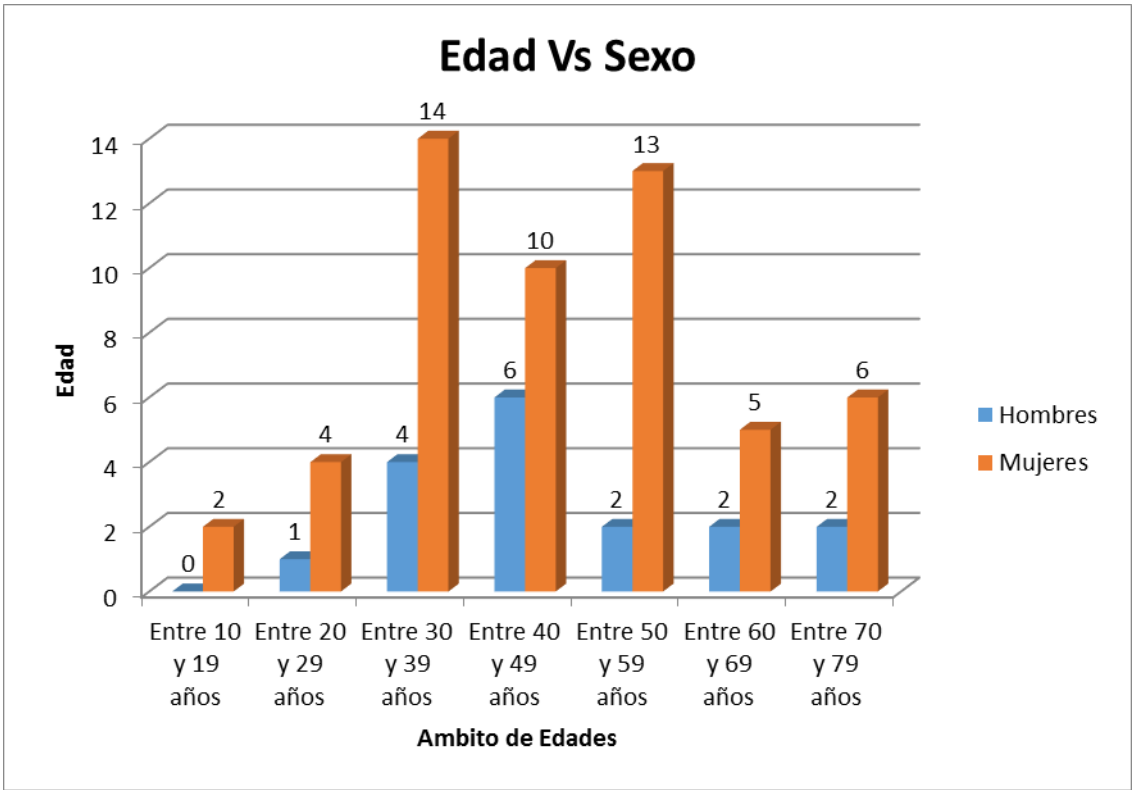


TABLA 3.

Descripción de la muestra de estudio (n = 71)

Datos demográficos

Variable	Descripción estadística
Sexo	
	n (%)
Masculino	17 (23.94%)
Femenino	54 (76.05%)
Edad	
	Media (D. E.); rango
Masculino	47.76 (13.61) 26 a 74
Femenino	47.73 (15.51) 18 a 78
Estado civil	
	n (%)
Casados	38 (53.52%)
Solteros	12 (16.9%)
Divorciados	11 (15.49%)
Unión de hecho	5 (7.04%)
Viudos	5 (7.04%)
Nivel de educación	
	n (%)
Profesional	30 (42.25%)
Técnico	16 (22.53%)
Ama de casa	12 (16.90%)
Pensionado	8 (11.26%)
No profesional	3 (4.22%)
Universitario	2 (2.81%)
Convivencia	
	n (%)
Con familia	60 (84.50%)
Solos	11 (15.49%)
Lugar de residencia	
	n (%)
San José	53 (74.64%)
Alajuela	7 (9.85%)
Cartago	7 (9.85%)
Heredia	3 (4.22%)
Limón	1 (1.40%)
Hijos	
	n (%)
Si	47 (66.19%)
No	24 (33.80%)

10.1.2 Diagnóstico y característica del dolor crónico

En la tabla 4 se describe el diagnóstico del dolor crónico de la muestra. Se observa que la mayoría de los pacientes presenta Migraña (16.90%), seguido por Fibromialgia (11.26%), luego están las Hernias lumbares (9.85%), las Hernias cervicales (8.45%), la Lumbalgia crónica (7.04%), el Desgaste de cadera (5.63%), el Desgaste de rodilla (4.22%), Neuralgia del Trigémino (4.22%), Escoliosis (4.22%), Cervicales comprimidas (2.81%), Desgaste de

columna y cadera (2.81%), Dolor temporomandibular (2.81%), Malformación del talón (1.40%), Cistitis intersticial (1.40%), Síndrome de colon irritable (1.40%), Desgaste de vértebras (1.40%), Síndrome de laminectomía (1.40%), Charcot Maritout (1.40%), Tendinitis de rodilla (1.40%), Dolor en espalda alta (1.40%), Fractura de tobillo (1.40%), Dolor post – toracotomía (1.40%), Polineuropatía sensitiva (1.40%), Lesiones en columna (1.40%), Malformación en sacro (1.40%), Esguince en cervicales (1.40%) y Túnel carpal (1.40%). (Ver gráfica 3)

GRÁFICA 3

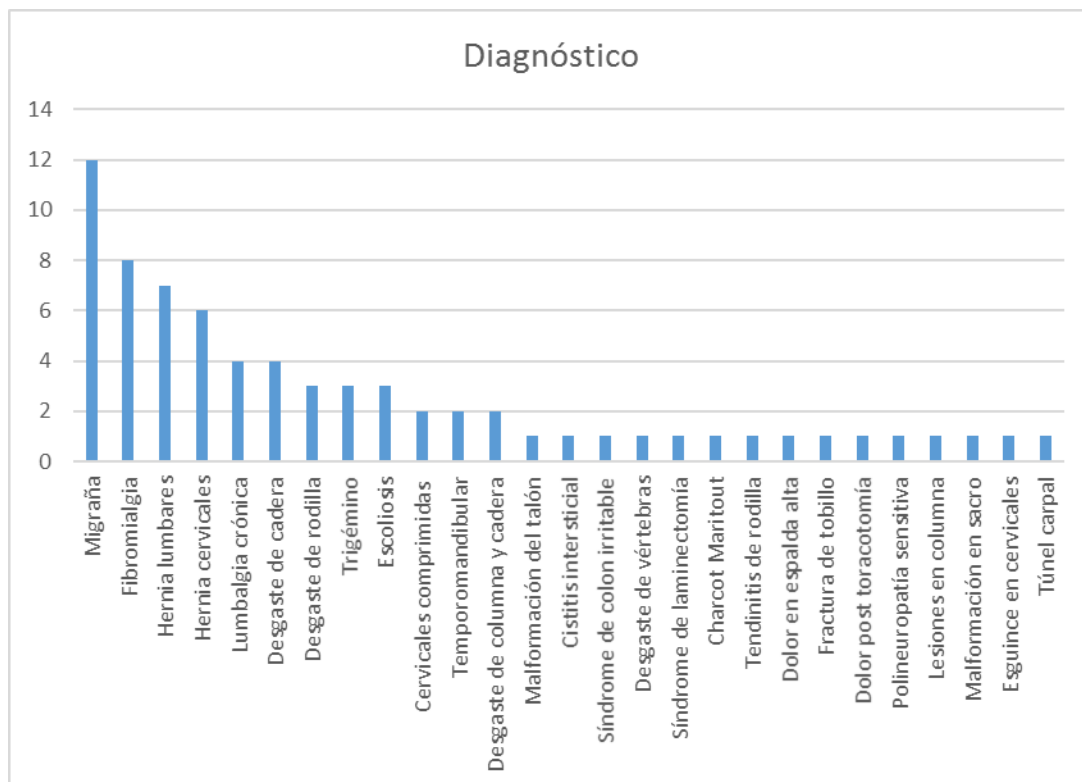


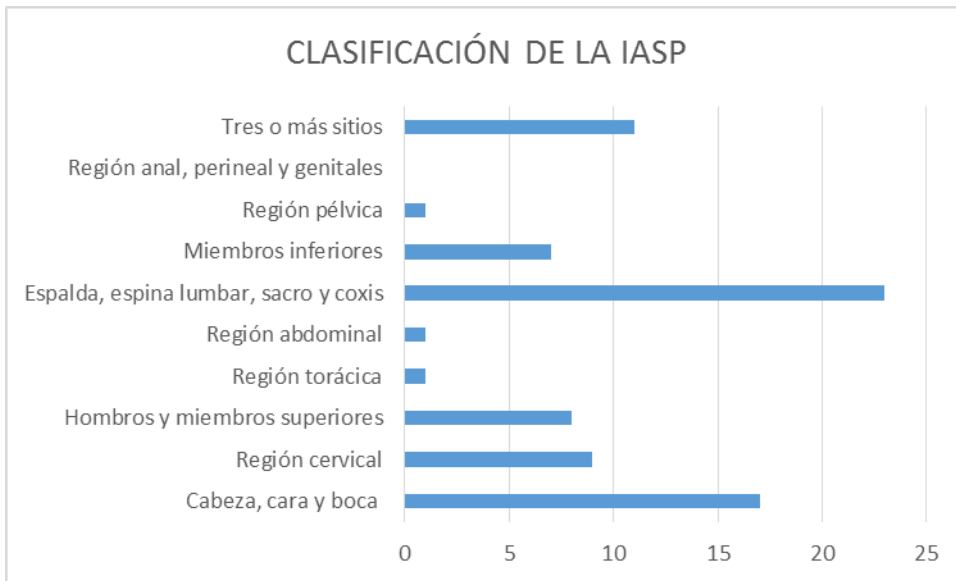
TABLA 4.**Descripción de la localización del dolor en la muestra del dolor crónico (n = 71)**

Variable	Descripción estadística
Clasificación del dolor crónico por trastorno	n%
Migraña	12 (16.90%)
Fibromialgia	8 (11.26%)
Hernias lumbares	7 (9.85%)
Hernias cervicales	6 (8.45%)
Lumbalgia crónica	4 (7.04%)
Desgaste de caderas	4 (5.63%)
Desgaste de rodillas	3 (4.22%)
Neuralgia Trigémino	4 (5.63%)
Escoliosis	3 (4.22%)
Cervicalgia	3 (4.22%)
Dolor Temporomandibular	3 (4.22%)
Desgaste de columna y cadera	3 (4.22%)
Malformación del talón	2 (2.81%)
Cistitis intersticial	2 (2.81%)
Síndrome de colon irritable	1 (1.40%)
Desgaste de vértebras	1 (1.40%)
Síndrome de laminectomía	1 (1.40%)
Charcot Maritout	1 (1.40%)
Tendinitis de rodilla	1 (1.40%)
Dorsalgia	1 (1.40%)
Fractura de tobillo	1 (1.40%)
Dolor post – toracotomía	1 (1.40%)
Lesiones en columna	

Malformación en sacro	1 (1.40%)
Túnel carpal	1 (1.40%)
	1 (1.40%)
Variable	n%
Clasificación de la IASP	
Cabeza, cara y boca	17 (23.94%)
Región cervical	9 (12.67%)
Hombros y miembros superiores	8 (11.26%)
Región torácica	1 (1.40%)
Región abdominal	1 (1.40%)
Espalda, espina lumbar, sacro y coxis	23 (32.39%)
Miembros inferiores	7 (9.85%)
Región pélvica	1 (1.40%)
Región anal, perineal y genitales	0
Tres o más sitios	11 (7.81%)
Duración del dolor en meses	n%
	Media (D. E.), rango
Hombres	2.35 (.493) 6 a 72 meses o más
Mujeres	2.44 (.604) 6 a 72 meses o más
Intensidad del dolor presente	n%
	Media (D. E.); rango
Hombres	1.73 (1.033) 0 a 5 puntos
Mujeres	2.09 (1.154) 0 a 5 puntos
Zonas o irradiaciones del dolor crónico	n%
1	29 (20.59%)
2	30 (21.30%)

3	10 (7.1%)
4	1 (0.71%)
5	1 (0.71%)
Repercusión del dolor	n%
Crónico en	
Sueño	51 (71.83%)
Alimentación	19 (26.76%)
Actividad física	10 (14.08%)

GRÁFICA 4



10.1.3 Repercusión del dolor crónico

En la tabla 4, se describe que en las áreas que los sujetos de la muestra reportan más repercusión del dolor crónico son el sueño (71.83%), la alimentación (26.76%) y la actividad física (14.08%).

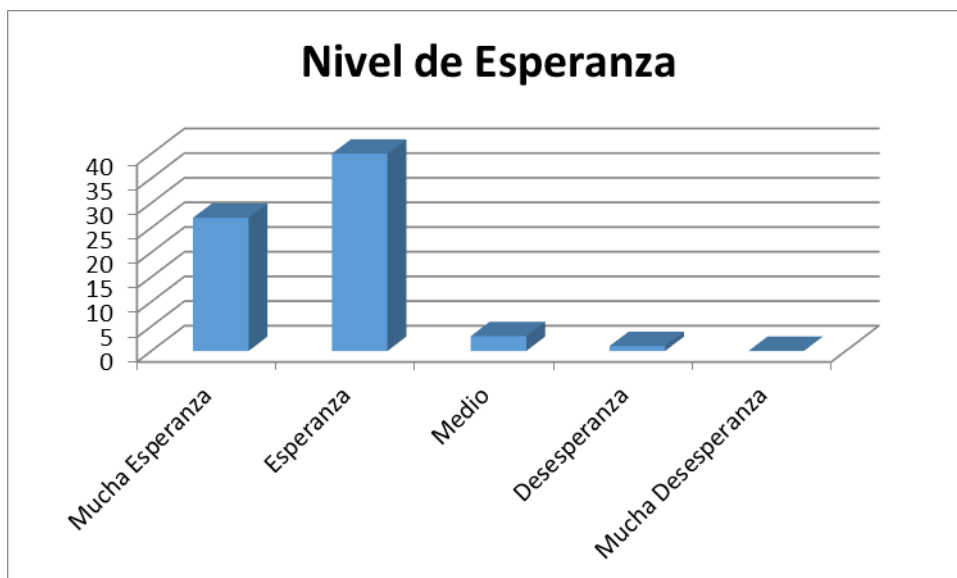
10.2 Resultados de objetivos e hipótesis

En los siguientes apartados se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados para comprobar los objetivos e hipótesis del estudio. Gran parte de los resultados se presentan dividiendo la muestra por sexos, debido a la gran proporción de mujeres que representaba la muestra.

10.2.1 Evaluar la esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 10.2.1.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentaran niveles de esperanza alta, a pesar del dolor crónico que padecen.

GRÁFICA 5



En la gráfica 5 se describe la ausencia o presencia de sentimiento de esperanza de la muestra. El nivel del sentimiento de esperanza se obtuvo considerando las puntuaciones obtenidas en la Escala de Esperanza. En esta escala la puntuación va del puntaje más bajo que se puede obtener el cual es un 8, al puntaje máximo que se puede obtener el cual es 64. No hay un punto de corte en esta escala, sin embargo, para los fines de la interpretación de los resultados, se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera: 0 – 12 Mucha desesperanza, 13 – 25 Desesperanza, 26 – 38 Medio, 39 – 51 Esperanza, 52 – 64 Mucha esperanza. De acuerdo a estos valores se obtiene, que 38.02% de la muestra reporta mucha esperanza, el 56.33% reporta tener esperanza, el 4.22% reporta tener medio nivel de esperanza, el 1.40% reporta tener desesperanza. La media en esperanza es de 49.10 lo cual es evidencia a favor de la hipótesis anterior.

TABLA 5.
Nivel de Esperanza

Nivel de Esperanza	Frecuencia	Porcentaje
Mucha esperanza	27	38.02%
Esperanza	40	56.33%
Medio	3	4.22%
Desesperanza	1	1.40%
Mucha desesperanza	0	0
Total	71	99.97%

10.2.2 Evaluar el optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 10.2.2.2 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentarán niveles de optimismo alto, a pesar del dolor crónico que padecen.

En la siguiente gráfica, se describe la presencia o ausencia del sentimiento de optimismo de la muestra. El sentimiento de optimismo se obtuvo considerando las puntuaciones obtenidas en la Prueba de Orientación de Vida (Life Orientation Test – LOT – R, por sus siglas en inglés). Para el LOT – R a mayor puntuación obtenida, mayor grado de optimismo, la menor puntuación es 8 y la puntuación máxima es 24, a mayor puntuación obtenida, mayor grado de optimismo. Al igual que con la escala anterior, para fines de la interpretación de resultados, se ha categorizado la puntuación de la siguiente manera: 0 – 4 Muy pesimista, 5 – 8 Pesimista, 9 – 15 Medio, 16 – 20 Optimista, 21 – 24 Muy optimista. De acuerdo a estos valores se obtiene que el 8.45% de la muestra reporta mucho optimismo, el 52.11% reporta optimismo, el 18.30% reporta medio nivel de optimismo, el 2.81% reporta pesimismo y el 1.40% reporta mucho pesimismo. La media en optimismo es 17.75, lo cual es evidencia a favor de la hipótesis 10.2.2.2.

GRÁFICA 6

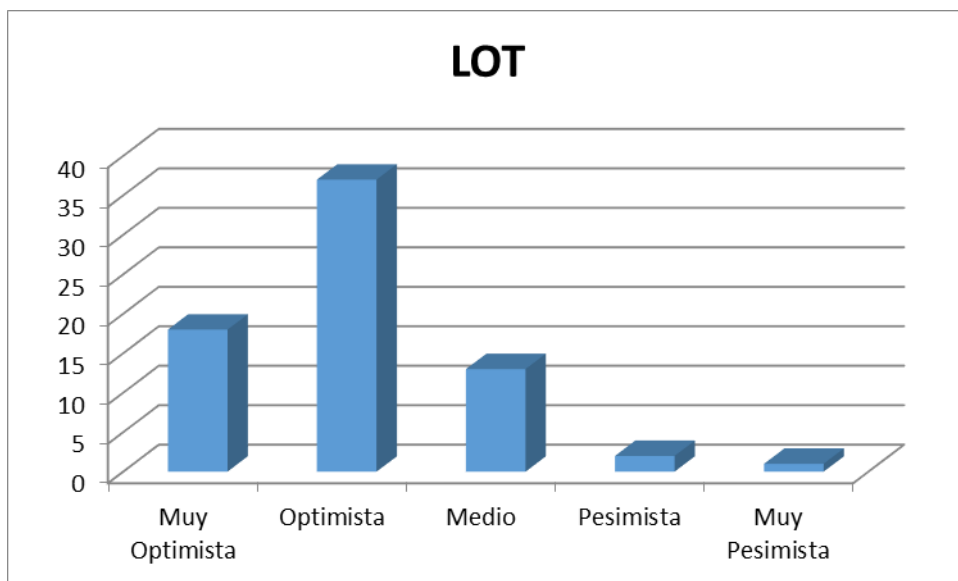


TABLA 6.

Nivel de Optimismo

Nivel de Optimismo	Frecuencia	Porcentaje
Muy optimista	18	25.55%

Optimista	37	52.11%
Medio	13	18.30%
Pesimista	2	2.81%
Muy pesimista	1	1.40%
Total	71	100%

La siguiente tabla 7 contiene los coeficientes de correlación de Spearman, este coeficiente oscila entre 1 y -1, de modo que cuanto más cercano a 0 menor o más débil es la relación entre dos variables. Los valores presentados en negrita son estadísticamente significativos. Una correlación cercana a 1 indica que mayores valores de una variable se asocian a mayores valores en otra, mientras que valores tendientes a -1 indican que mayores puntajes en una variable se asocian a menores valores en otra.

TABLA 7.
Coeficientes de correlación de Spearman

	Tiempo de dolor	Intensidad actual de dolor	Aceptación de dolor	McGill	LOT R	Esperanza	Dolor últimos 7 días
Intensidad actual de dolor	0.113 0,347						
Aceptación de dolor	-0.191 0,110	-0.165 0.169					
McGill	0.232 0.052	0.326 0.005	0.134 0.265				
LOT R	-0.025 0.836	-0.428 0.000	0.028 0.816	- 0.352 0.003			
Esperanza	-0.086 0.474	-0.214 0.073	0.078 0.520	- 0.319 0.007	0.495 0.000		
Dolor últimos 7 días	0.160 0.182	0.421 0.000	0.097 0.422	0.530 0.000	- 0.470	-0.281 0.018	

	0.000						
Zonas de dolor	0.220	0.114	-0.002	0.254	-	-0.003	0.204
	0.066	0.342	0.986	0.033	0.165	0.983	0.088
					0.168		

10.2.3 Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.

Hipótesis 10.2.3.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en esperanza, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

En la Tabla 7, la correlación estadísticamente significativa de -0.319 entre Esperanza y McGill es evidencia a favor de la hipótesis 10.2.3.1 porque indica que puntuaciones bajas en dolor se asocian a puntuaciones altas en esperanza.

Hipótesis 10.2.3.2 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en optimismo, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

En la Tabla 7, la correlación estadísticamente significativa de -0.352 entre LOT - R y McGill es evidencia a favor de la hipótesis anterior porque indica que puntuaciones bajas en dolor se asocian a puntuaciones altas en optimismo

10.2.4 Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del dolor de parte del sujeto que lo padece.

Hipótesis 10.2.4.1 Los sujetos que reporten niveles más altos de esperanza presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

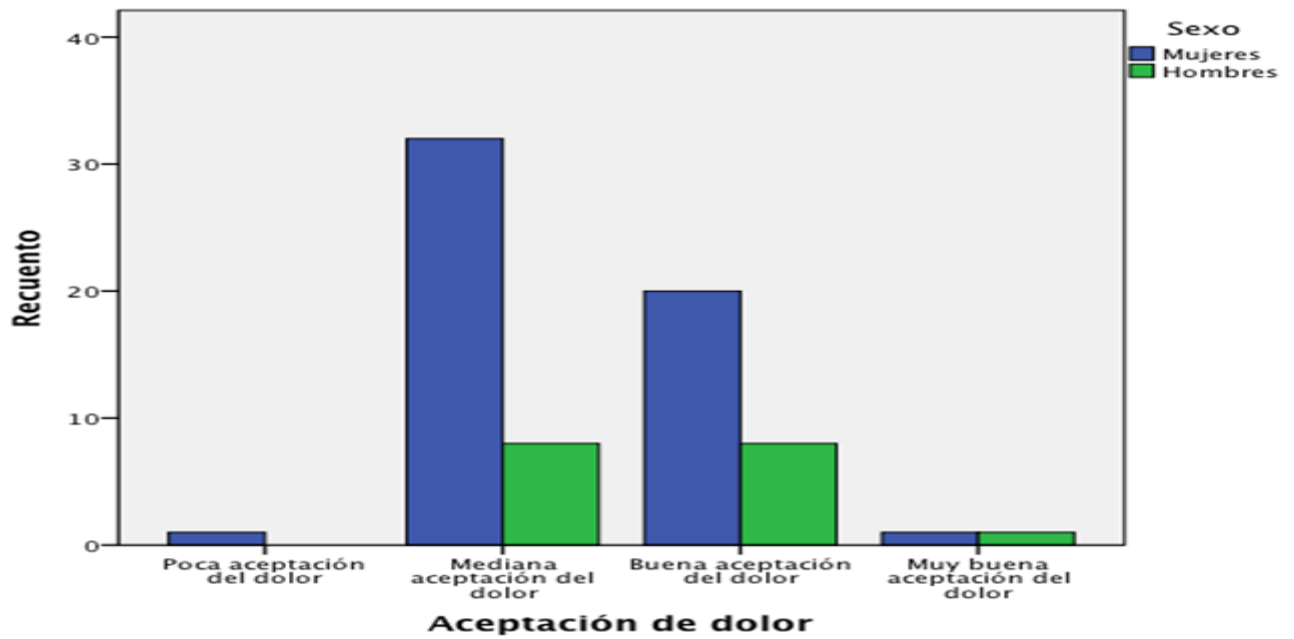
En la Tabla 7, la correlación estadísticamente no significativa de 0.078 entre Esperanza y Aceptación de dolor no es evidencia a favor de la hipótesis 10.2.4.1 ya que no indica que puntuaciones altas en esperanza se asocien a puntuaciones altas en aceptación de dolor.

Hipótesis 10.2.4.2 Los sujetos que reporten niveles más altos de optimismo presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

En la Tabla 7, la correlación estadísticamente no significativa de 0.028 entre LOT R y Aceptación de dolor no es evidencia a favor de la hipótesis 10.2.4.2 porque no indica que puntuaciones altas en optimismo se asocien a puntuaciones altas en aceptación de dolor.

Hipótesis 10.2.4.3 En la muestra de sujetos que sufren de dolor crónico habrá diferencia entre hombres y mujeres en la aceptación del dolor crónico, siendo las mujeres la que presenten mayor aceptación del dolor que los hombres.

GRÁFICA 7

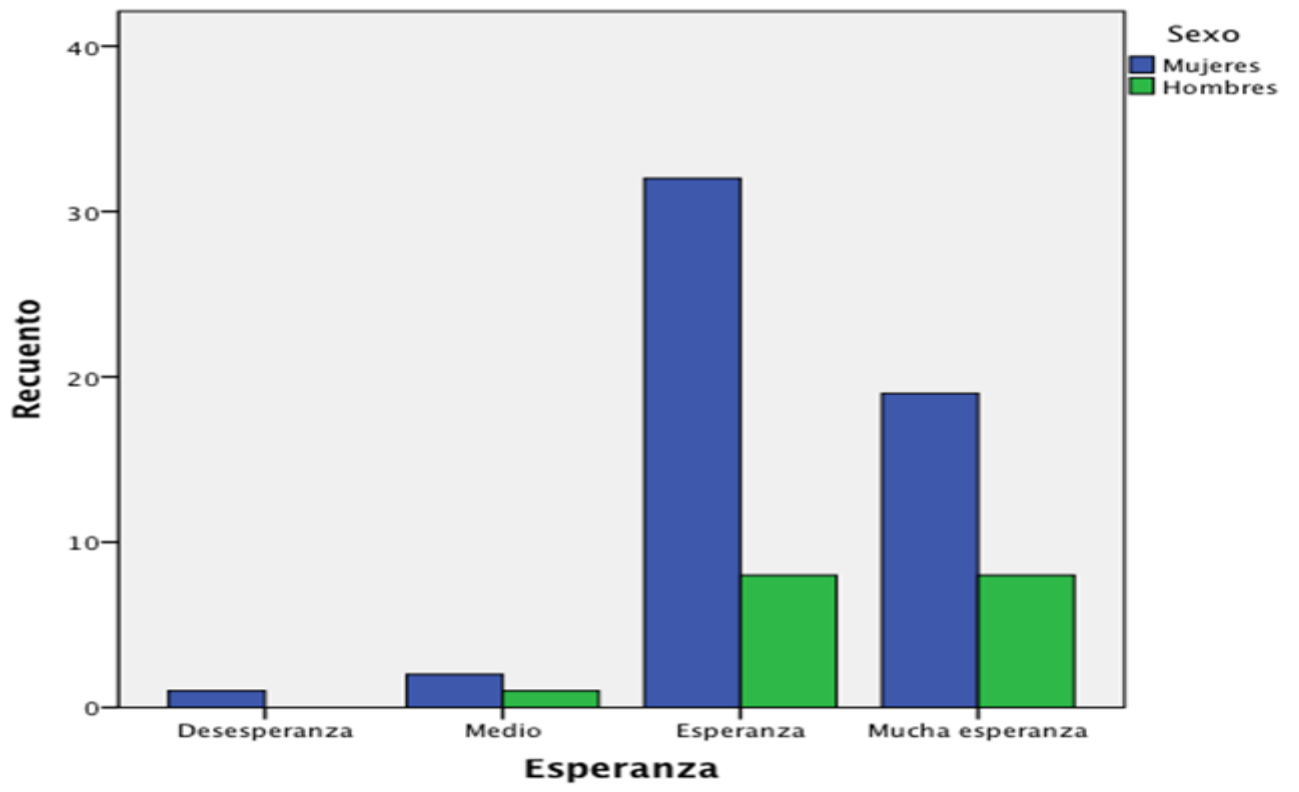


Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de hombres y mujeres en cuanto a aceptación del dolor. El valor del estadístico fue de 327 ($p = 0.075$), lo cual indica que la diferencia observada en los puntajes no es estadísticamente significativa. Estos resultados indican que no hay evidencia a favor de la hipótesis 10.2.4.3.

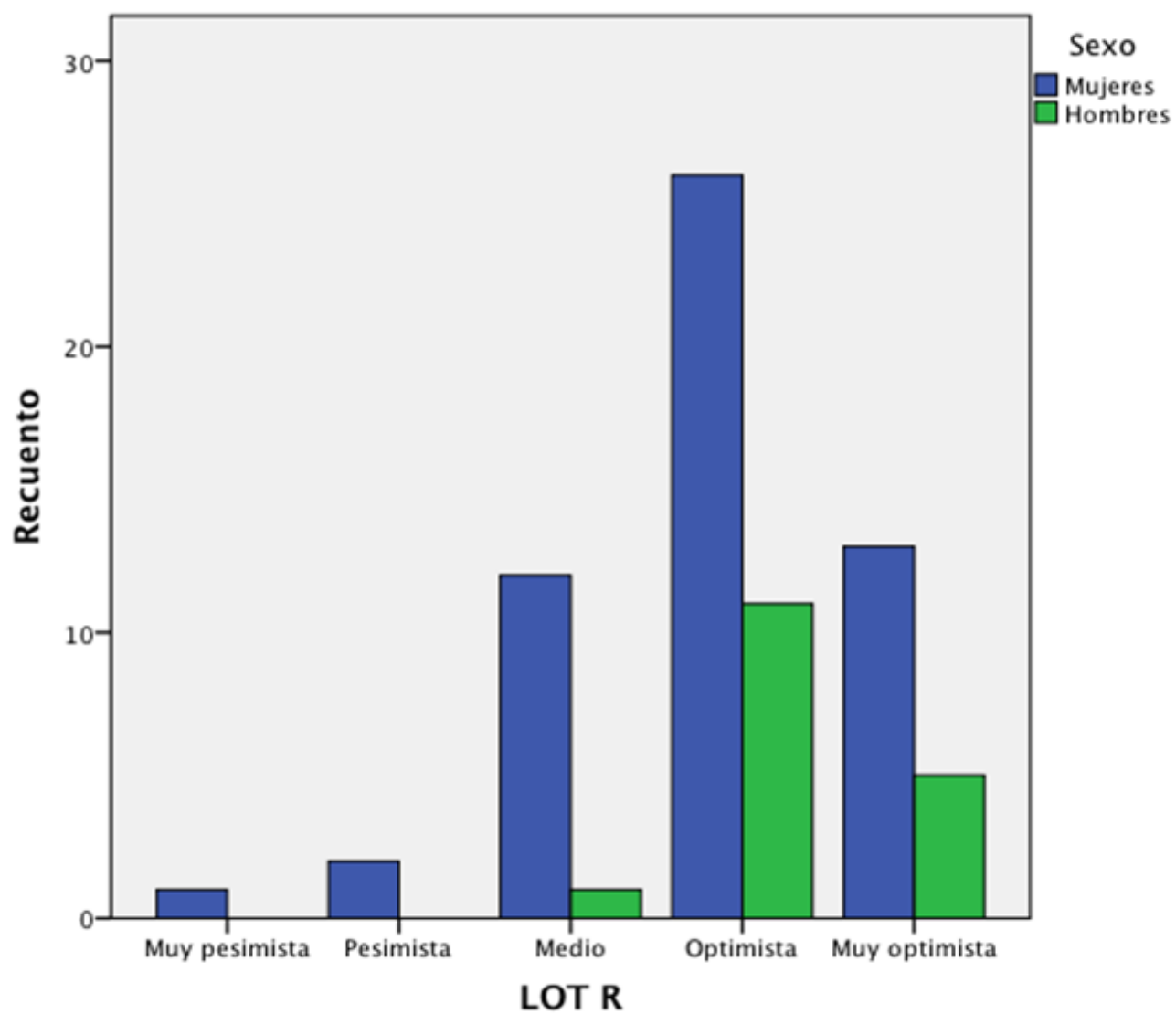
10.2.5 Evaluar la diferencia entre los sexos en las puntuaciones de esperanza y optimismo.

Hipótesis 10.2.5.1: En la muestra de sujetos con dolor crónico, se observará diferencia en las puntuaciones de esperanza entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en esperanza y optimismo que los hombres.

GRÁFICA 8



GRÁFICA 9



Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de hombres y mujeres en cuanto a esperanza y optimismo. Como lo refleja la gráfica 9 el valor estadístico en esperanza fue de 401.5 ($p = 0.438$) y en optimismo de 393 ($p = 0.372$), lo cual indica que las diferencias observadas en los puntajes en ambas variables no son estadísticamente significativas y, por lo tanto, no hay evidencia a favor de la hipótesis 10.2.5.1.

10.2.6 Evaluar cuáles de las características del dolor crónico (tiempo de evolución del dolor, número de zonas de dolor), tienen mayor relación con la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 10.2.6.1: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con menor nivel de esperanza será el tiempo de evolución del dolor.

TABLA 8.
Coefficiente de correlación de Spearman

	Tiempo de dolor
Esperanza	-0.086
	0.474

Como se observa en la tabla 8, de acuerdo a la correlación de Spearman, -0.086 y $p = 0.474$ obtenido, indican que no es una correlación estadísticamente significativa. Estos resultados no permiten concluir que la característica de dolor que mayor esté relacionada con menor nivel de esperanza será el tiempo de evolución de dolor. Por lo que no hay evidencia con la hipótesis anterior.

Hipótesis 10.2.6.2: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con mayor nivel de dolor será el número de zonas de dolor.

TABLA 9.
Coefficiente de correlación de Spearman

	Cuestionario de dolor de McGill
--	------------------------------------

Zonas de dolor	0.254
	0.033

En la tabla 9 se observa que el valor 0.0254 obtenido al utilizar la correlación de Spearman indica que hay una correlación entre débil y moderada entre el número de zonas de dolor y el puntaje total del Cuestionario de dolor de McGill, además el valor de p de 0.033 ($p < 0.05$) es evidencia a favor de que se relacionan. Lo que evidencia la hipótesis anterior.

10.2.7 Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en el momento presente y la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 10.2.7.1: La intensidad de dolor en el momento presente correlacionará inversamente con el optimismo y la esperanza.

TABLA 10.
Correlación de Spearman

	Intensidad actual de dolor
LOT – R	-0.428
	0.000
Esperanza	-0.214
	0.273
McGill	0.326
	0.005

De acuerdo a los datos obtenidos utilizando la correlación de Spearman, en la tabla 10 se puede observar que hay una relación entre débil y moderada entre la intensidad actual de dolor (0.326, $p = 0.005$) y los niveles de optimismo (-0.428, $p = 0.000$) y esperanza (-0.214, $p = 0.273$).

10.2.8 Describir en una muestra de sujetos con dolor crónico las relaciones que se establecen entre la intensidad del dolor en los últimos siete días y la esperanza y el optimismo.

Hipótesis 10.2.8.1: La intensidad de dolor en los últimos siete días correlacionará inversamente con la esperanza y el optimismo.

TABLA 11.
Correlación de Spearman

	McGill	LOT - R	Esperanza
Dolor últimos 7 días	0.530	-0.470	-0.281
	0.000	0.000	0.018

En la anterior tabla 11, se observa que con la correlación de Spearman se obtienen datos que indican que el dolor en los últimos siete días se asocia a mayores niveles actuales de intensidad de dolor en el Cuestionario de McGill (0.530, $p = 0.000$), mientras que se asocia a relación negativa en optimismo (-0.470, $p = 0.000$) y esperanza (-0.281, $p = 0.018$).

11 DISCUSIÓN

En primer lugar, se presenta la descripción de la muestra de estudio y se comentan los resultados de los datos demográficos y clínicos. Al final se presenta la discusión sobre la corroboración de las hipótesis planteadas en el trabajo.

11.1 Descripción de la muestra

La muestra se compone en su gran mayoría de mujeres (76.05%) y como otros estudios mencionan, éste es un trastorno más frecuente en el sexo femenino (Ferrer, 1992; Valdés, 1998; y Bassols, et. al., 1999; Kreitler, et. al., 1999).

Riley y Gilbert (2001) mencionan que las quejas de dolor crónico son más prevalentes entre los 50 y los 65 años. Por su parte, Ferrer (1992) afirma que la edad para este trastorno es entre 40 y 60 años. En este trabajo el rango de edad fue más amplio: hombres de 30 a 72 años y mujeres de 18 a 78 años. Sin embargo, la edad media de los hombres fue de 47.76 y la de las mujeres fue de 47.73 edades que se encuentran dentro del rango esperado.

En otros estudios se ha observado que entre la población con dolor crónico existe mayor frecuencia de personas casadas y viudas, que de personas divorciadas y solteras (Kreitler, et. al., 1999). En este estudio la muestra estaba compuesta mayoritariamente por personas casadas (53.52%), solteras (16.9%), divorciadas (15.49%), en unión de hecho (7.04%) y viudas (7.04%). En general, los datos sobre el tipo de convivencia de esta muestra mostraron características convencionales y/o esperadas al entorno social del sujeto: personas casadas, único matrimonio y con hijos.

En cuanto al nivel de educación, de los pacientes con dolor crónico parece ser más frecuente el bajo nivel educativo (Ferrer, 1992; Bassols, et. al., 1999; Réthelyi, Berghammer y Kopp, 2001), aunque existen estudios que han encontrado niveles medios de educación (Robaina, León y Sevilla, 2000). En la muestra de este estudio se observa que la mayoría de los sujetos son profesionales (42.25%), un 22.53% tiene estudios técnicos, un 16.90% es ama de casa, un 11.26% está pensionado, un 4.22% es no profesional y un 2.81% es estudiante universitario. Hasta el momento no se sabe a ciencia cierta cómo influye el nivel de educación en el dolor crónico. De acuerdo a Réthelyi, Berghammer y Kopp (2001), el nivel de educación es una variable importante porque está relacionada con la habilidad o capacidad que tiene el sujeto para crear o emplear estrategias eficaces ante la enfermedad. De estas estrategias dependerá una buena adaptación o no a la enfermedad. Según diversos estudios los oficios más relacionados con dolor crónico son: estibadores,

operadores de equipos, choferes, albañiles, auxiliares de limpieza y mecánicos. En la muestra de este estudio las principales profesiones u oficios que realizan los sujetos son profesionales (42.25%) entre ellos profesiones que se destacan son las de docencia, arquitectura, ingenieros civiles, administradores de empresa. Seguido por técnicos (22.53% en ventas, contaduría, secretarías), y amas de casa (16.9%).

La literatura menciona que factores psicológicos y emocionales estables y positivos tienen una gran influencia en la vivencia y percepción del dolor. Diversos estudios han encontrado que el bienestar subjetivo se compone de una serie de elementos: satisfacción general con la vida y con áreas importantes de ésta (social, laboral, etc.), presencia de afecto positivo (experiencias emocionales y de ánimo positivas) y bajos niveles de afecto negativos (escasas experiencias emocionales y de ánimo desagradables). (Diener, 2000)

Fredrickson (2001) sugiere que las emociones positivas no solo tienen efectos positivos en el presente mediante momentos placenteros, sino que son un medio con el cual alcanzar crecimiento psicológico y mayor bienestar a lo largo del tiempo. Este autor ha propuesto que éstas posibilitan la creación de recursos duraderos y, que, a diferencia de las emociones negativas, amplían el repertorio de pensamientos y acciones.

Así mismo, las emociones positivas facilitan el afrontamiento y adaptación de eventos estresantes agudos y crónicos (Folkman y Moskowitz, 2000). Pressman y Cohen (2005) han realizado una revisión de diversos estudios que vinculan el afecto positivo y distintas medidas de salud. Estos autores señalan que existe relación entre el afecto positivo y menores niveles de dolor en pacientes con cáncer (Guadagnoli y Mor, 1989), fibromialgia (Potter, Zautra y Reich, 2000), hospitalizados (Kvaal y Patodia, 2000) y población sana (Casten et al., 2007) y que estados emocionales inducidos producen menos sensibilidad y mayor tolerancia al dolor.

En lo que se refiere a datos clínicos de la muestra del presente estudio, cabe mencionar que no se elaboró una historia clínica pormenorizada de los sujetos, sino que se realizó una entrevista donde la persona dio su propia referencia.

La edad en que comienza la enfermedad del dolor crónico, se considera un factor socioevolutivo significativo en la etiología del dolor. De acuerdo con esta línea de investigación se sabe que el dolor crónico es más prevalente en la edad adulta (Prieto, 1999; y Riley y Gilbert, 1991).

En lo referente a prevalencia del dolor crónico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que los dolores crónicos más frecuentes son el dolor lumbar, la artritis y la cefalea. En Costa Rica no hay información epidemiológica

respecto a los dolores crónicos más frecuentes. En la muestra de este estudio se encontró que los dolores crónicos más frecuentes son las migrañas (16.90%), fibromialgia (11.26%) y hernias lumbares (9.85%) son los más frecuentes. Tomando como criterio la clasificación de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), se encuentra que los sujetos localizaban su dolor principalmente en la espalda, espinal lumbar, sacro y coxis (32.39%), y en la cabeza, cara y boca ((23.94%)

Las investigaciones señalan que las emociones y las conductas que acompañan a las personas con dolor crónico están moduladas por distintas características del mismo dolor, tales como duración, intensidad, persistencia y zonas de dolor. En general se considera que el aumento de estas características se relaciona con mayor incapacidad física, mayor uso de analgésicos, mayores niveles de depresión, ansiedad e incremento y mantenimiento del dolor (Marbach y Lund, 1981; Toomery, Gover y Jones, 1983; Krause, Tait y Margolis, 1989; Ferrer, González y Manassero, 1993; Von Korff y Simon, 1996; Wulff, 1998; Casado y Urbano, 2001).

En cuanto a la localización del dolor, los estudios señalan que predominan las personas que localizan su dolor en más de una zona corporal (Ferrer, 1993; Ferrer, González y Manassero, 1994). En la muestra de este estudio se encontró que la mayoría de los sujetos presentaban dolor entre 1 y 4 zonas (el 21.3% en dos zonas, el 20.59% en una zona, el 7.1% en tres zonas y el 0.71% en cuatro y cinco zonas). En lo que se refiere a la duración del dolor, en individuos con dolor crónico se ha encontrado que es muy amplia. En estudios de Ferrer, González y Manassero (1994) observaron una duración media de 71.27 meses (rango 6 – 480 meses), predominando los individuos con dolor de una duración de 6 – 36 meses (54%). En la muestra de este estudio la duración media del dolor para las mujeres fue de 2.44 meses y para los hombres de 2.35 meses, siendo las mujeres las que presentaron más tiempo de evolución de su dolor. También se encontró que en la muestra de este estudio, la intensidad del dolor (evaluada mediante la escala analógico visual de McGill) era mayor en mujeres (media = 2.09) que en los hombres (media = 1.73). En otros estudios también se ha observado que las mujeres presentan medias más altas de intensidad del dolor (Haley, Turner y Romano, 1985; Bassols et al., 1999; Keefe et al., 2000; Keogh, Hatton y Ellery, 2000; Riley y Gilbert, 2001)

En lo que se refiere a la interferencia del dolor en la vida de las personas que lo sufren, se sabe que éste tiene una amplia repercusión. En la vida laboral se produce un descenso en el rendimiento o incluso el abandono total del trabajo. Esta disminución de actividad laboral conlleva, por un lado, al surgimiento de problemas económicos, y por otro, establece una reducción de las actividades normales, restringiendo incluso las aficiones y las relaciones sociales. Cuando

el individuo se da cuenta que no puede hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, aparecen sentimientos de indefensión, depresión o ansiedad. También es frecuente la aparición de trastornos del sueño, así como pérdida del apetito y peso. El ambiente familiar se modifica y se produce una disminución del contacto afectivo y sexual dentro del matrimonio, así como distanciamiento de los hijos (Penzo, 1989; Amigo, Fernández, Pérez – Álvarez, 1998; Mourin, Gouglas y Wade, 1998; Gatchel y Weisberg, 2000). De ahí la importancia de las emociones positivas como la esperanza y el optimismo para tener la capacidad de enfrentar las consecuencias de sufrir de dolor crónico.

En la muestra de este estudio una amplia muestra reportó que el dolor repercutió en sus hábitos de sueño (71.83%), en el apetito (26.76%), en la actividad física (14.08%).

11.2 Objetivos e Hipótesis del estudio

11.2.1 Evaluar la esperanza en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 11.2.1.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentaran niveles de esperanza alta, a pesar del dolor crónico que padecen.

La esperanza es un factor multidimensional, recientemente, en la psicología empezaron a interesarse en el término y comenzaron a explorarlo y a estudiarlo. Así estudios de autores como Benzein, E.; Norberg, A. y Saveman, B. (2001); Groopman, J. (2001), Snyder et al., (1991 y 2000), Stanton et al. (2000) y Wood (1996) brindan aproximaciones a su definición, clasificación y medición y aplicación desde diferentes teorías. Lo que sí constituye un hecho es que la experiencia de la esperanza es un componente esencial para poder sobreponerse a las diversas situaciones que se presentan en la vida de cada ser humano, entre las enfermedades y el cáncer (Groopman, J., 2001). Uno de los descubrimientos más importantes de la época actual, son los efectos físicos y psicológicos que presenta la experiencia de la esperanza en el ser humano que enfrenta diversas situaciones incluyendo enfermedades. Parece posible que la esperanza, junto con otros factores, se relacione con una percepción de salud y calidad de vida positivas. Es en este punto donde se encuentra la importancia de las acciones de las personas con alguna condición de salud comprometida, de los familiares y del personal de salud debido a que son los principales promotores de dicha esperanza (Snyder, 2000)

En la muestra de este estudio se observa, que a pesar del dolor crónico que los sujetos sufren, el 56.33% de la muestra reportó Esperanza y el 32.08% reportó Mucha esperanza, el 4.22% reportó un nivel medio de Esperanza y solo el 1.40% reportó desesperanza.

Si bien el dolor crónico se ha asociado a la depresión y a la ansiedad, actualmente hay numerosos estudios acerca del beneficio de las emociones positivas en la salud y el bienestar, incluyendo el dolor crónico no oncológico, así como en la oncología (Rajandram, R., My Ho, S., Samman, N., Chan, N., McGrath, C. y Zwahlen, R., 2011). Estudios han demostrado que la esperanza está asociada con rasgos positivos en las personas que tienen que enfrentar el cáncer, aumentando el bienestar, y disminuyendo los síntomas de depresión y ansiedad (Bright, PR.; Lyon, B.; 2002).

Autores como Bayés (2000) y Kübler – Ross (1998) mencionan un tipo de esperanza asociada a mejoría en un futuro inmediato y expectativas de vida, lo cual refleja, que a pesar de los sentimientos negativos que se generan, en enfermedades crónicas, existe algún aspecto positivo potencial de diferentes formas. De acuerdo a Hagerty (2005) los pacientes afirman experimentar esperanza cuando reciben la información de una persona confiable y realista, que les brinda apoyo y distintas opciones de tratamiento. Esto se relaciona con un aumento de la percepción de control sobre la enfermedad, estrategias de tratamiento activas, de espíritu de lucha y/o evitación y, por tanto, se relaciona con la segunda definición de esperanza brindada por Snyder et al. (1991). En la etapa de tratamientos curativos o paliativos, los pacientes se encuentran en un proceso dinámico de sentimientos, pensamientos y conductas positivas y negativas, según el curso de la enfermedad, sus síntomas, la efectividad de los tratamientos, sus efectos secundarios y el apoyo recibido.

En este proceso, se puede apreciar la esperanza como un factor asociado que provoca cambios biológicos como la secreción de endorfinas y encefalinas activando el sistema inmunológico, disminuyendo el dolor y combatiendo la enfermedad, generando un ciclo en el que se evidencia mejoría en la salud, la calidad de vida, y el curso de la enfermedad (Groopman, J., 2004 y Stanton et al., 2000). Los pacientes crean grandes expectativas y creencias de mejoría que potencia, en gran medida, un nivel alto de esperanza (Snyder, 2000 y Groopman, 2004).

Como se ha evidenciado en estudios científicos, es importante potenciar la esperanza, un concepto multidimensional asociado a múltiples aspectos del ser humano y su entorno, se encuentra la propuesta de Snyder (2000) reiterando que por medio de las intervenciones cognitivo – conductuales y sistémicas se pueden analizar diferentes alternativas para superar los obstáculos que se presentan, y la propuesta de Stanton et al., (2000) quienes en su estudio

evidenciaron que un acercamiento emocional, siendo la expresión emocional el principal objetivo de la terapia, lleva a las personas a adaptarse física y psicológicamente a la enfermedad, mejorando la percepción de salud, de calidad de vida y generando un mayor nivel de esperanza, lo cual responde la hipótesis planteada.

11.2.2 Evaluar el optimismo en una muestra de sujetos que sufren de dolor crónico no oncológico, de diferente etiología.

Hipótesis 11.2.2.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico que asisten al Centro Lezahbi presentarán niveles de optimismo alto, a pesar del dolor crónico que padecen.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada, en la muestra de este estudio se observa que las personas presentan puntuaciones altas en optimismo, a pesar del dolor crónico que padecen. Concretamente, el 52.11% de la muestra reporta optimismo y el 25.55% reporta mucho optimismo. Se puede decir que el optimismo es una característica psicológica disposicional (según la teoría de Carver y Scheier) que remite a expectativas positivas y a objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peter y Bossio, 1991; Scheier y Carver, 1993) han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva.

El interés moderno por el optimismo, nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o padecen enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo puede actuar como potenciador de la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002).

11.2.3 Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y el optimismo respecto a la percepción del nivel de dolor.

Hipótesis 11.2.3.1 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en esperanza, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

Hipótesis 11.2.3.2 Los sujetos con dolor crónico no oncológico, con puntuación elevada en optimismo, presentarán puntuaciones más bajas en la escala de dolor.

Uno de los conceptos de la Psicología Positiva es la resiliencia, la cual es la capacidad para enfrentar situaciones difíciles, sobreponerse y salir fortalecido, en vez de debilitado, por la experiencia de la adversidad. Investigaciones realizadas en veintisiete lugares, distribuidos en veintidós países diferentes, demostraron que no hay relación entre el nivel socio - económico, inteligencia, clase social y resiliencia. Más bien correlaciona con una percepción optimista de la vida, con la capacidad de ver los aspectos positivos de las experiencias adversas y neutralizar los negativos mediante un buen enfrentamiento y una alta estabilidad emocional (Martorelli, A.; Mustaca, A., 2004)

Se ha encontrado que la buena salud objetiva guarda escasa relación con la sensación de bienestar. Importa más la percepción subjetiva del estado de salud y la valoración de la salud en forma optimista. Cuando una enfermedad es discapacitante, grave y duradera, apenas disminuye la satisfacción con la vida. Por ejemplo, en enfermos con cáncer graves, difieren ligeramente en los puntajes globales de bienestar comparado con sujetos objetivamente sanos (Breetvelt y Van Dam, 1991)

El optimismo, un sentido de control personal y la habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida se asocian a una mejor salud mental (Seligman, 1998) Se ha encontrado que estas variables también mejoran la progresión de enfermedades, aumenta la sobrevida en pacientes terminales, e influyen sobre la salud en general (Martorelli, A.; Mustaca, A., 2004)

Petterson, Seligman y Vailant (1998), en un estudio longitudinal de treinta y cinco años, encontraron que los sujetos que poseían, a los 25 años, un estilo explicativo pesimista (la creencia de que los eventos malos son causados por factores estables o permanentes, globales e internos y que los buenos son causados por factores casuales, transitorios, específicos y externos), fueron menos saludables, en su vida posterior, que aquellos que tenían explicaciones optimistas a los eventos que les ocurrían.

Personas que tienen una percepción optimista de la enfermedad, los que les dan un significado trascendente a la vida o a la enfermedad, que se distraen tienen una progresión más lenta de la enfermedad comparada con enfermos que tienen una percepción más objetiva de la misma (Martorelli, A.; Mustaca, A., 2004)

El proceso o mecanismo subyacente a este fenómeno es debido a que estos pacientes padecen menos de estrés, por consiguiente tienen una mejor respuesta inmunológica y una mejor predisposición a tener hábitos de vida sanos (Mustaca y Bentosela, 1995; Mustaca, 2001)

En la muestra de este estudio se comprobó que los sujetos que puntuaron alto en optimismo (77.46%) reportó bajo nivel de dolor (39.42%).

11.2.4 Evaluar las relaciones existentes entre los sentimientos de esperanza y optimismo como procesos mediadores en la aceptación del dolor de parte del sujeto que lo padece.

Hipótesis 11.2.4.1 Los sujetos que reporten niveles más altos de esperanza presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

Hipótesis 11.2.4.2 Los sujetos que reporten niveles más altos de optimismo presentaran mayor aceptación del dolor crónico.

La aceptación implica tener contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que eso influya en nuestra conducta, particularmente las relacionadas con evitaciones innecesarias, una participación limitada en la vida o el impedimento de conseguir importantes objetivos en la vida. Aplicar este principio en el dolor crónico significa que, incluso cuando las sensaciones sean intensas, no se necesita ignorarlas, eliminarlas o controlarlas para que se pueda llevar a cabo una vida plena. Aunque la idea de que los individuos con dolor crónico consigan vivir una vida plena pueda resultar extraña, cada vez hay más resultados que avalan una intervención que potencie la aceptación.

Se han llevado a cabo estudios de aceptación del dolor en diversas patologías, como lumbalgias, artritis reumatoide, osteoartrosis o fibromialgia (Kratz, A., Davis, M., Zautra, A.; 2007). Los resultados indican que las personas con mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, menos ansiedad y depresión, menor discapacidad, mayor nivel de actividad y mejor estatus laboral (Vowles, K., McCracken, L., Eccleston, C., 2007) y, lo que es más importante, el nivel de aceptación no estaba en función del dolor, es decir, las personas no presentaban más aceptación porque tuvieran menos dolor. Otros estudios

muestran que los sujetos que presentan una mayor aceptación son los que menos uso hacen de los centros de salud, toman menos medicación y presentan una mejor calidad de vida (McKracken, L., Vowles, K., Eccleson, C., 2007).

Los resultados de los estudios anteriores dieron pie para el planteamiento de estas hipótesis, que al haber niveles más altos de emociones positivas, en este caso esperanza y optimismo, se encontraría reportes de menor intensidad de dolor, sin embargo, lo encontrado en este trabajo refleja que no se encontró relación entre estas variables. Sosteniendo, de alguna forma, a lo que se refieren Campayo y Rodero (2009) respecto a que el nivel de aceptación que algunas personas reportaban en estudios realizados, no estaba en función del dolor, es decir, no por presentar menos dolor, se presentaba más aceptación al mismo.

Pese a que los sujetos con dolor crónico a menudo se muestran reticentes ante el término aceptación porque lo entienden como una «rendición», la aceptación no se concibe como resignación y tampoco se trata de sustituir el control por la ausencia de control. Más bien el control se aplicaría selectivamente a aquello que es controlable. Se trataría de la aceptación de lo que no se puede cambiar (Sullivan, M., Bishop, S., Pivik, J., 1995)

A pesar de que los resultados encontrados en este estudio, los sujetos de la muestra reportan una no aceptación del dolor, al revisar cada ítem del Cuestionario de Aceptación del Dolor, en los ítems 1 “Continúo con la vida sin importar cuál es mi nivel de dolor”, 2 “Mi vida está bien aunque tengo dolor crónico”, 8 “Hay muchas actividades que hago cuando siento dolor”, 9 “Tengo una vida plena aunque tengo dolor crónico” y 12 “A pesar del dolor, me aferro a seguir con el curso de mi vida”, el mayor número de respuestas se obtuvo en “a menudo”, “casi siempre” y “siempre” lo que refleja la capacidad y habilidad de las personas para aferrarse continuar con su vida, lo que ayuda a tener un mejor afrontamiento al dolor.

Hipótesis 11.2.4.3 En la muestra de sujetos que sufren de dolor crónico habrá diferencia entre hombres y mujeres en la aceptación del dolor crónico, siendo las mujeres la que presenten mayor aceptación del dolor que los hombres.

En el tema de la aceptación del dolor existen muy pocos estudios realizados, y en la línea de la diferencia entre géneros respecto a la aceptación del dolor, los estudios encontrados son aún menores. En un estudio realizado por Wiesenfeld, Z. (2004) menciona que un número de estudios han demostrado una alta prevalencia en dolor crónico y una mayor sensibilidad entre las mujeres, en comparación con los hombres. Aunque las diferencias respecto a la sensibilidad al dolor son atribuibles, en parte, a las condiciones sociales y a los factores psicológicos, en un estudio realizado con humanos se encontró

que los receptores mu, en cerebros de mujeres sanas, se activan diferente que aquellos cerebros de hombres sanos. La respuesta a los opiodes kappa, el cual está mediado por el gen receptor de la melanocortina 1, tanto en animales como en humanos, también es diferente en cada sexo (Wiesenfeld,Z., 2004)

Al igual que en el estudio mencionado anteriormente, en un estudio realizado por Feine, J., et al. (1991) encontró diferencias en la discriminación nociceptiva entre hombres y mujeres, ello indica que la diferencia entre los sexos, en la percepción del dolor está probablemente relacionado a factores sensoriales, que a diferencias en respuestas emocionales o actitudinales.

En otro estudio llevado a cabo por Anderson, H. et al. (1993), menciona que no encontró diferencia de género en cuanto en a la percepción de dolor crónico, lo cual se relaciona con lo encontrado en este trabajo de investigación.

Hipótesis 11.2.4.4: En la muestra de sujetos con dolor crónico, se observará diferencia en las puntuaciones de esperanza entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en esperanza que los hombres.

Hipótesis 11.2.4.5: En la muestra de sujetos con dolor crónico, se observará diferencia en las puntuaciones de optimismo entre los sexos, siendo las mujeres las que presentarán mayores puntuaciones en optimismo que los hombres.

Hay muchos estudios realizados respecto salud, dolor y emociones negativas (especialmente depresión y ansiedad) y la diferencia entre hombres y mujeres; sin embargo, en cuanto a emociones positivas (específicamente optimismo y esperanza), diferencia de género y salud, es muy poco lo encontrado.

Aun y con esta limitación, en lo poco que se encontró, resalta que las emociones positivas co – ocurren con las negativas en situaciones estresantes. El optimismo y la esperanza son aspectos que pueden desarrollarse y mejoran la resistencia a la depresión causada por los contratiempos.

Hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto la sensación de dolor y la forma de lidiar con ese dolor. En un estudio realizado por Keogh, E. y Eccleston, C. (2006), estudio con adolescentes que sufren de dolor crónico, los autores encontraron diferencias en conductas para lidiar con el dolor; las mujeres recurren más al apoyo social, afirmaciones positivas así como internalizaciones/catastrofizaciones. Los hombres por su parte recurren más a conductas distractoras. Esto sugiere que entre hombres y mujeres, hay diferencias, tanto en las experiencias dolorosas, así como en la forma de lidiar con el dolor, en los adolescentes estudiados.

Affleck, G., et al. (1999), en un estudio llevado a cabo con sujetos afectados por artritis reumatoide y osteoartritis, encontraron que las mujeres utilizan estrategias enfocadas en lo emocional, que los hombres. Los hombres reportaban mayor nivel de afecto negativo después de tener un día con mucho dolor, el cual disminuía si utilizaban una estrategia enfocada en la emoción.

Martínez, A., et al., (2011) indican que hay suficiente evidencia que señala que la inteligencia emocional juega un papel muy importante en el autocontrol emocional y en la capacidad adaptativa del individuo para afrontar situaciones estresantes, tales como enfermedades. Los estudios parecen mostrar que las mujeres prestan más atención a las emociones y son más empáticas, mientras que los hombres tienen mayor autorregulación emocional frente al estrés.

A pesar de lo que sostienen los diferentes estudios consultados, en este estudio no se encontró diferencia entre lo que reportaron hombres y mujeres, respecto a los sentimientos de esperanza y optimismo.

Hipótesis 11.2.4.6: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con menor nivel de esperanza será el tiempo de evolución del dolor.

El dolor es concebido como amenazante y dañino en la integridad de la persona. Las personas que sufren de dolor sostenido, que no se alivia sino que todo lo contrario, a pesar del paso del tiempo el dolor se mantiene; sufren cambios en ellos mismos, en quiénes son.

Desde un punto de visto fisiológico, el dolor crónico, promueve y extiende una respuesta destructiva ante el estrés, que produce el dolor constante y con mucho tiempo de padecer, caracterizada por una disregulación endocrina, fatiga, disforia, mialgia, igualmente se ven la parte mental y física comprometidas. Esta constelación de incomodidades y de limitaciones físicas puede promover pensamientos negativos así como crear un círculo vicioso entre estrés y discapacidad. La persona sufre ante la sensación de padecer de un dolor incontrolable, ante el hecho de no poder sostener un trabajo estable, el no poder tener una vida familiar normal y no poder disfrutar de la interacción social.

A pesar de que en este estudio no se pudo establecer la relación entre la evolución del dolor y los bajos niveles de esperanza, en la literatura consultada si se encontró tal relación.

Potter, R. y Jones, J. (1992) mencionan que es poco lo que se conoce respecto a la evolución del dolor y el cuidado del paciente con dolor crónico, en su estudio encontraron que niveles de depresión y estrategias de afrontamiento pasivas están asociadas al desarrollo del dolor crónico.

Por su parte, Corbett et al., (2007) mencionan que las personas con dolor crónico oscilan entre la esperanza y la desesperanza, al entrevistar a pacientes con dolor crónico los temas que más sobresalieron fueron “incertidumbre”, “impacto en sí mismos”, “el contexto social de vivir con dolor”, “preocupación y temor ante el futuro”.

Al hablar de dolor crónico no solo se trata de referirse al dolor físico, sino también a toda la implicación psicosocial que significa este padecimiento.

Hipótesis 11.2.4.7: En los sujetos con dolor crónico la característica de dolor que mayor estará relacionada con mayor nivel de dolor será el número de zonas de dolor.

Si sufrir de dolor crónico en una región del cuerpo (migraña, lumbalgia, dorsalgia) es suficientemente complejo y disfuncional, el hecho de tener más de una zona de dolor es sumamente incapacitante.

En este estudio se logró establecer la relación entre zonas de dolor y nivel de dolor, es decir, personas con más zonas de dolor sufrirán también de mayor nivel de dolor. Así lo confirman estudios consultados al respecto, tal es el caso, del estudio realizado por Dworkin et al., (1990) al encontrar una asociación significativa entre zonas de dolor y altos niveles de somatización. Los individuos con dos o más zonas de dolor, tenían un mayor riesgo de sufrir de depresión. Así mismo, cuantas más zonas de dolor se reporten, más dolor se sufre, con características tales como mayor severidad y mayor persistencia en dolor.

En otro estudio llevado a cabo por Larsson y Sund (2005) los sujetos que reportaron dos o más zonas de dolor, también reportaron sufrir de dolores más frecuentes. En un año de seguimiento, los sujetos que reportaron mayores zonas de dolor, también obtuvieron un puntaje más alto en síntomas de depresión, mayores quejas somáticas (aparte de las quejas de dolor), menor cantidad de amigos y menores actividades recreativas. Los sujetos con mayores zonas de dolor y con dolor más frecuente, también sufrieron de mayor discapacidad.

Hipótesis 11.2.4.8: La intensidad de dolor en el momento presente correlacionará negativamente con el optimismo y la esperanza.

Numerosos estudios se han realizado respecto a la intensidad de dolor y los estados de ánimo. Tang et al., (2008) en su estudio concluyen que las personas que reportan mayor afecto deprimido, también reportan aumento de dolor y las personas que reportan un mejor estado de ánimo, reportan menor nivel de dolor.

En la Universidad de Jonh Hopkins también concluyen que las personas con mayor nivel de dolor, los estados de ánimo negativo también son más severos.

Iguales resultados se encuentran en Connelly et al. (2007), cuanto menos dolor hay un mejor estado de ánimo, estos autores concluyen en la importancia de una adecuada gestión en el estado de ánimo de los individuos que sufren de dolor crónico para que resulte en una mejor gestión de nivel de dolor percibido.

En este estudio se encontraron resultados similares, ya que los sujetos de la muestra que punutaron más alto en dolor, también puntuaron más bajo en niveles de esperanza y optimismo.

Hipótesis 11.2.4.9: La intensidad de dolor en los últimos siete días correlacionará inversamente con la esperanza y el optimismo.

Diversas investigaciones se han dedicado a estudiar la relación entre dolor crónico y trastornos emocionales, específicamente con depresión y ansiedad. En pacientes con cáncer se encontró que los pacientes que presentaban altas puntuaciones de dolor mostraban síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad, que los pacientes que no presentaban dolor (Ahles, Blanchard, Ruckdeshel, 1983). En pacientes con cefalea y lumbalgia, se observó que quiénes clasificaban su dolor como extremadamente intenso, mostraban mayores síntomas de depresión y ansiedad, que los pacientes que clasificaban su dolor como moderado o leve (Morales y Niño, 2001). Así mismo se ha encontrado una relación positiva y significativa entre el nivel de la intensidad del dolor y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes que sufren de artritis reumatoide (Pastor et al., 1990) así como en pacientes con dolor temporomandibular (Madland, Feinmann y Newman, 2000).

Los resultados encontrados en este estudio se asocian a lo mencionado anteriormente, los datos indican que el dolor en los últimos siete días se asocia a mayores niveles actuales de intensidad de dolor en el Cuestionario de McGill (0.0530, $p = 0.000$), mientras que se asocia a relación negativa en optimismo (-0.470, $p = 0.000$) y esperanza (-0.281, $p = 0.018$).

En general, los resultados de este estudio dejan ver la importancia del manejo de las emociones en el padecimiento del dolor crónico. La mayoría de los estudios realizados en este tema, van por la línea del dolor crónico y los trastornos emocionales, sin embargo, como varios estudios lo reportan, es igualmente importante realizar un mayor número de estudios relacionados con la gestión emocional en el dolor crónico.

Como lo presentan los resultados de las dos primeras hipótesis, los individuos reportaron altos niveles de esperanza y optimismo a pesar del dolor crónico que padecen.

Algunos autores también han investigado y demostrado que la relación emociones y dolor es un camino de doble vía, es decir, tanto las emociones negativas y/o positivas afectan la percepción de dolor (a mayor emociones negativas mayor intensidad de dolor y también funciona en sentido opuesto), igualmente el percibir una intensidad alta de dolor, afecta en el estado de ánimo (a mayor dolor, mayor estado de ánimo negativo, a menor dolor, mejor estado de ánimo).

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que a pesar de estados emocionales positivos (esperanza y optimismo) los sujetos de la muestra reportan no aceptar el dolor, de hecho, en la revisión de cada uno de los ítems del Cuestionario de Aceptación del Dolor, en el ítem tres “Está bien experimentar dolor”, los puntajes más altos se obtuvieron en “nunca” y casi “nunca”. Igualmente en el ítem 17 “Evito situaciones donde mi dolor podría aumentar” los puntajes más altos se obtuvieron en “a menudo”, “casi siempre” y “siempre”.

En general, cuando los individuos que sufren de dolor crónico encuentran que su dolor es inaceptable, tienden más a evitarlo a toda costa, y buscan rápidamente maneras de reducirlo y/o eliminarlo.

En los resultados obtenidos en esta muestra se observa que no hay diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la aceptación del dolor crónico, ambos sexos se niegan a aceptar el dolor crónico en sus vidas. Sin embargo, al examinar cada ítem del Cuestionario de Aceptación del Dolor crónico, se encuentra que las personas se aferran a seguir con su vida, que tienen una percepción positiva de su vida, a pesar del dolor crónico, lo que ayuda con las conductas y habilidades de afrontamiento.

Este trabajo dista mucho de ser exhaustivo, sin embargo, refleja la necesidad que hay a nivel científico de ser más integrativo y multidimensional al tratar y trabajar con la salud humana, ya que como menciona el Dr. Groopman un tumor no está escrito en un libro, igual sucede con los distintos padecimientos, cada uno de ellos se vive, tanto desde lo íntimo y subjetivo, como en lo interrelacional.

Los datos recabados en este estudio también abre puertas para muchas preguntas para investigaciones futuras, por ejemplo, en cuanto a la aceptación del dolor crónico, si bien es cierto, los pacientes con dolor crónico refieren no aceptar el dolor, si hacen todo lo posible para que su ritmo de vida cambie lo menos posible, por lo que se hace necesario investigaciones exhaustivas

profundizando en temas como aceptación, ajuste y control del dolor crónico. Igualmente se refleja la necesidad de mayores investigaciones desde la psicología positiva y el dolor crónico, ya que, en los estudios realizados hasta ahora, si reflejan un beneficio físico y mental el potenciar emociones positivas en las personas con dolor crónico. Otro tema de interés es la diferencia en la percepción y ajuste del dolor entre hombres y mujeres, tanto desde el aspecto fisiológico, como en el emocional y social.

Otro punto que queda al descubierto en los aspectos que se le deben a los pacientes con dolor crónico, es por un lado, la elaboración de programas de educación socioemocional, la información y educación a la familia en cuanto a lo que realmente significa padecer de dolor crónico, programas de intervención comunitaria; en la parte clínica, enfoques terapéuticos que incidan tanto en habilidades afectivas como en fortalezas personales, con la finalidad de potenciar, incentivar y optimizar los aspectos positivos, contribuyendo así tanto al avance de la investigación como a la calidad de vida.

12 CONCLUSIONES

12.1 Conclusiones generales del estudio

A continuación se presenta una lista de las conclusiones más importantes a las que se ha llegado:

1. Las características demográficas de la muestra de este estudio coincide con la literatura en algunos aspectos tales como que la mayoría de nuestra muestra son mujeres, con edad media para los hombres de 47.76 y para las mujeres de 47.73, la mayoría casados. En los aspectos que no coinciden es en que la mayoría de los sujetos de la muestra de este estudio son profesionales y otros que cuentan con estudios técnicos y se encuentran activos laboralmente. La mayoría vive en familia, y en San José, la capital.
2. Los sujetos de la muestra de este estudio muestra el siguiente perfil de dolor: localización en una o dos zonas, evolución de mediana a larga, intensidad moderada. Las mujeres presentaron mayor tiempo de evolución e intensidad más moderada que los hombres.
3. La mayor parte de la muestra reportó que el dolor crónico repercute más en el sueño, seguida por la alimentación.
4. El 94.35% de la muestra de los sujetos con dolor crónico, reportaron mucha esperanza y esperanza, a pesar del dolor crónico que padecen.
5. El 60.56% de la muestra de los sujetos con dolor crónico, reportaron mucho optimismo y optimismo, a pesar del dolor crónico que padecen.
6. Los sujetos de la muestra que reportaron niveles más elevados de esperanza (con la Escala de Esperanza de Snyder) y optimismo (con el LOT – R), también reportaron niveles más bajos de percepción de dolor (con el Cuestionario de dolor crónico de McGill).
7. En la aceptación del dolor crónico no se encontró relación entre los niveles de puntuación alto en esperanza y optimismo y la aceptación del dolor crónico.
8. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto a la aceptación del dolor.
9. Tampoco se encontró diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto al reporte de esperanza y optimismo dado por ambos sexos.
10. Respecto a la esperanza y la evolución de dolor, no se encontró relación ante el hecho de que las personas que tuvieran mayor tiempo de sentir dolor, representan menores niveles de esperanza.

- 11.** Se encontró una relación de débil a moderada entre las zonas de dolor y la intensidad de dolor que reportaron los sujetos de la muestra, a mayores zonas de dolor, mayor intensidad del mismo.
- 12.** En los momentos de dolor, los sujetos de la muestra, reportaron menores niveles de esperanza y optimismo.
- 13.** Los sujetos de la muestra que reportaron niveles altos de dolor en los últimos siete días, también reportaron menores niveles de esperanza y optimismo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV – R). Washington, D. C.: APA

Anarte, M. T; Esteve, R.; López, A. E.; Ramírez, C.; Camacho, L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de las creencias en pacientes con dolor crónico. *Revista Española de Neuropsicología* 3- 4, 46 – 62

Ananthan S. (2006). *AAPS J.* 8:E118-25

Apkarian AV, et al., (2004). *J Neurosci.*;24:10410 - 5

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161 – 164

Attal N, et al. (2006). EFNS Task Force. *Eur J Neurol.* 13:1153-69

Avia, MD, y Vázquez, C. (1998). Optimismo inteligente. *Psicología de las emociones positivas*. Alianza Editorial, Madrid

Backonja M, et al., (2008). NGX-4010 C116 Study Group. *Lancet Neurol.* 7:1106-12

Barragán, A. (2008). *Vivir con dolor crónico*. Editorial Libros de la Araucaria, Buenos Aires

Berrios, P., (2005). *Dolor crónico y Psicología. Evaluación de las estrategias de afrontamiento y Locus de control en pacientes con dolor crónico*. Editorial Aconcagua, Buenos Aires

Bhamb B, et al. (2006). *Curr Med Res Opin.* 22:1859-65

Biurrun, A.; Jusué, G. (2011). *Protocolo de tratamiento grupal cognitivo – conductual en pacientes con dolor crónico en Navarra*. Madrid.

Bonica, J. Definitions and taxonomy of pain. En: Bonica, J. (1990). *The management of pain*. 2nd edition. Philadelphia: Lea & Febiger, 18 – 27

Bonica, J. (1990). *The management of pain*. 2nd edition. Philadelphia: Lea & Febiger, 180 – 196

Breivik H, et al., (2006). *Eur J Pain.* 10:287 - 333

Carver, C.S y Gainer, J.G. (1987). Optimism, pessimism and post partum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449 – 462

- Carver, C.S. et al., (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women on early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375 – 390
- Caver, C.S y Scheier, M.F. (2002). Optimism. En: Snyder y López (Eds.): *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, New York.
- Cerdá – Olmedo, A., José de Andrés, G. (2014). *Dolor crónico: guía de actuación clínica*. Madrid
- Chóliz, M., (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77 – 88
- Clark TS., (2000). *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 13:240-3
- Corredor, R. G. (2004). *Dolor crónico en neurología: enfoque y tratamiento*. Asociación Colombiana de Neurología, Bogotá
- De Simone, G., Tripodoro, V. (2004). *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas*. Pallium Latinoamérica, Buenos Aires.
- Dickenson AH. In: Gebhart GF, et al (1994) editors. *Proceedings of the 7th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management*.
- Donker FJ. Evaluación y tratamiento del dolor crónico. En: Buela – Casal (1991). *Evaluación y tratamiento del dolor crónico*. Madrid: Siglo XXI
- Dworkin RH, et al., (2003) *Arch Neurol*. 60:1524-34
- Furlan AD, et al., (2006). *CMAJ*. 174:1589-94
- Groopman, J., (2004). *The Anatomy of Hope: How to prevail in the face of illness*. Random House, Nueva York
- Gulioti, N. (2008). *Factores de la personalidad que predisponen el dolor crónico*. Ed. Aconcagua. Buenos Aires
- Gunreben-Stempfle B, et al. (2009). *Headache*. 49:990-1000
- Hernández Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw – Hill Interamericana. México
- Infante, P. (2002): *Aspectos psicológicos del dolor crónico*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona
- International Association Study of Pain (1979). Subcommittee of Taxonomy. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. *Pain* 6: 249 – 252

- Jacobsen R, et al. (2007). J Opioid Manag. 3:207-14.
- J. Pérez – Cajaraville, D. Abejón, J. R. Ortíz, y J. R. Pérez. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev. Soc. Esp. Dolor 12: 373 – 384
- Likar R, et al. (2001) Schmerz, 15:158-63.
- Loxtercamp, D., (2006). Hope. Commonweal, 133 (20), 12 - 13
- Masten, A. (2001) Ordinary magic: resilience processes in development. American Psychologist
- Mattia A, et al., (2009). Minerva Anestesiol, 75:644-53
- Noto C, et al. (2009) Curr Opin Investig Drugs.10:702-10
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10). Madrid.
- Pickering G, et al. (2006) Clin Pharmacol Ther. 79:371-8
- Philips, HC. (1991). El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide.
- Puebla Díaz, F. (2010). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. México, D. F.
- Quilici S, et al. (2009) BMC Neurol. 9:6
- Reinhard Sittl, (2011). Departamento de Anestesiología y Tratamiento del Dolor, Universidad de Eriangen-Nuremberg, Alemania
- Rezende RM, et al. (2008). Br J Pharmacol. 153:760-8
- Rodriguez ML., (2006). Rev Soc Esp Dolor. 13:525 - 32)
- Rojas, E., (1996). Una teoría de la felicidad. Dossat 2000, España
- Ruíz, M. (2003). Manual práctico del dolor. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Janssen – Cilag, Madrid.
- Seligman, M. (1994). What you can change and what you can't. Knopf, Nueva York
- Seligman, M., (2002). Authentic Happiness. Nueva York

Sepúlveda, D., (1994). Definiciones y Clasificaciones del dolor. J. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 23: 148 – 151

Schulte E, et al. (2009). Eur J Pain, 2009

Snyder, C.R., (2000). Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications. Academic Press, USA

Universidad de Utah. *Las enfermedades de la columna, los hombros y la pelvis: El dolor crónico*. Health and Sciences Center. Disponible en: <http://www.med.utha.edu/healthinfo/spanish/spine/index.htm>

Taylor, SE., et al., (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high risk sexual behavior among men at risk for AIDS. Journal of personality and Social Psychology, 63, 460 – 473

Taylor, SE. et al., (2000). Psychological resources, positive illusions and health. American Psychologist, 55 (1), 99 – 109

(Tracey I, et al. (2009). J Pain.; 10:1113 - 20.

Vázquez, C. y cols., (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5 15 – 28

Warner,TD., et al. 2004; EMEA, 2006.
www.ema.europa.eu/pdfs/human/opiniongen/nsaids.pdf

Wood, C. (1996). Is hope a treatment for cancer?. Advances: The Journal of Mind – Body Health. 12, (3), 67

Zöllner C, et al. (2007). Handb Exp Pharmacol. 177:31-63)

ANEXO 1

Entrevista Clínica

FICHA DE IDENTIFICACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE VARIABLES PSICOLÓGICAS POSITIVAS (ESPERANZA Y OPTIMISMO) Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

NOMBRE: (OPCIONAL, SI DESEA LO PONE, SI NO DESEA NO LO PONGA):

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

PROFESIÓN U OFICIO:

ESTADO CIVIL:

CUÁNTOS HIJOS E HIJAS TIENE? :

QUIÉNES CONVIVEN CON USTED?:

TIENE ALGUNA AFILIACIÓN RELIGIOSA O ESPIRITUAL? CUÁL?:

CÓMO ESTÁ DURMIENDO? CUÁNTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE?:

CÓMO ESTÁ COMIENDO?, SIENTE HAMBRE? LE SABE AGRADABLE LA COMIDA?:

REALIZA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?, CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA REALIZA EJERCICIO FÍSICO?:

CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO PARA EL DOLOR CRÓNICO QUE TIENE?

DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO SUFRE DE DOLOR CRÓNICO?

_____ DE 6 MESES A 2 AÑOS? _____ DE 2 AÑOS A 5 AÑOS? _____ DE 6 AÑOS EN ADELANTE

SUFRE DE ALGUNA (S OTRA(S) ENFERMEDAD(ES)?:

CUÁL ES SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?:

TIENE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO?:

LO HAN OPERADO? CUÁNTAS VECES? DE QUÉ LO HAN OPERADO?:

ANEXO 2

Instrumentos de Evaluación

LOT – R (LIFE ORIENTATION TEST - PRUEBA ORIENTACIÓN DE VIDA)

Por favor sea tan honesto y preciso como le sea posible en todo el cuestionario. No hay respuestas “correcta” o “incorrecta”. Responda de acuerdo a como usted se siente, y no como usted cree que otra persona respondería.

A = Estoy bastante de acuerdo

B = Estoy un poco de acuerdo

C = No estoy de acuerdo ni en desacuerdo

D = Estoy un poco en desacuerdo

E = Estoy bastante en desacuerdo

1. En momentos de incertidumbre, generalmente espero lo mejor.

2. Me relajo fácilmente. _____
3. Si algo puede salir mal para mí, saldrá mal. _____
4. Siempre soy optimista respecto a mi futuro. _____
5. Disfruto mucho a mis amigos/as. _____
6. Para mí es importante mantenerme ocupado/a. _____
7. Casi nunca espero que las cosas salgan a mi manera. _____
8. No me molesto fácilmente. _____
9. Casi nunca confío en que me ocurran cosas buenas. _____
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.

0 – 4 Muy pesimista

5 – 8 Pesimista

9 – 15 Medio

16 – 20 Optimista

21 – 24 Muy optimista

ESCALA DE ESPERANZA

INSTRUCCIONES: Lea cada ítem cuidadosamente. Utilizando la escala que se muestra abajo, por favor seleccione el número que más lo/a describe a usted y ponga ese número en el espacio en blanco que se provee.

Definitivamente Generalmente En cierto modo Un poco

Falso Falso Falso Falso

1 2 3 4

Un poco En cierto modo Generalmente Definitivamente

Verdadero Verdadero Verdadero Verdadero

5 6 7 8

1. Puedo pensar en la forma de “zafarme” de un aprieto. _____
2. Persigo mis metas con energía. _____
3. Siempre hay muchas opciones ante cualquier problema. _____
4. Puedo pensar en muchas maneras de obtener las cosas que son importantes para mí en la vida. _____
5. Aun cuando otras personas se desanimen, sé que puedo encontrar la forma de resolver el problema. _____
6. Mis experiencias pasadas me han preparado muy bien para mi futuro. _____
7. He sido muy exitoso/a en la vida. _____
8. He conseguido los objetivos que me he propuesto. _____

0 – 12 Mucha desesperanza

13 – 25 Desesperanza

26 – 38 Medio

39 – 51 Esperanza

52 – 64 Mucha esperanza

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO (CHRONIC PAIN
ACCEPTANCE QUESTIONNAIRE CPAQ)

INSTRUCCIONES: Abajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor califique si esa afirmación es verdadera en su caso. Utilice la siguiente escala para escoger su opción. Por ejemplo, si usted cree que una afirmación es "Siempre cierta", usted escribirá un 6 en el espacio en blanco a la par de la afirmación.

0 = Nunca verdadero

1 = Casi nunca verdadero

2 = Pocas veces verdadero

3 = A veces verdadero

4 = A menudo verdadero

5 = Casi siempre verdadero

6= Siempre verdadero

1. Continúo con la vida sin importar cuál es el nivel de mi dolor. _____
2. Mi vida está bien, aunque tengo dolor crónico. _____
3. Está bien experimentar dolor. _____
4. Gustosamente sacrificaría cosas importantes en mi vida con tal de controlar mejor mi dolor crónico. _____
5. Para manejar bien mi vida no me es necesario controlar mi dolor. _____
6. Aunque las cosas han cambiado, vivo una vida normal, a pesar de mi dolor crónico. _____
7. Necesito concentrarme para librarme de mi dolor. _____

8. Hay muchas actividades que hago cuando siento dolor. _____
9. Tengo una vida plena aunque tengo dolor crónico. _____
10. Controlar el dolor es menos importante que cualquier otro objetivo en mi vida. _____
11. Mis pensamientos y sentimientos acerca del dolor deben cambiar antes de que tome pasos importantes en mi vida. _____
12. A pesar del dolor, me aferro a seguir con el curso de mi vida. _____
13. Mantener el nivel de dolor bajo control es mi prioridad cuando hago algo. _____
14. Antes de hacer planes serios, tengo que tener algún control sobre mi dolor. _____
15. Cuando mi dolor aumenta, todavía puedo llevar a cabo mis responsabilidades. _____
16. Tendría mejor control sobre mi vida, si puedo controlar mis pensamientos negativos acerca del dolor. _____
17. Evito ponerme en situaciones en las cuales mi dolor podría aumentar. _____
18. Mis preocupaciones y temores acerca de lo que el dolor me haría son verdaderos. _____
19. Es un alivio saber que no tengo que cambiar mi dolor para continuar con mi vida. _____
20. Tengo que esforzarme para hacer cosas cuando tengo dolor. _____

1 – 24 Muy poca aceptación del dolor

25 – 48 Poca aceptación del dolor

- 49 – 72 Mediana aceptación del dolor
- 73 – 96 Buena aceptación del dolor
- 97 – 120 Muy buena aceptación del dolor

Puntuación:

Actividades sociales: ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19

Inclinación al dolor: ítems 4, 7, 11, 13, 14, 16, 18, 20

Total: actividades + inclinación a dolor

La puntuación del Cuestionario McGill del dolor es

- 1 – 9 Muy poco dolor
- 10 – 18 Poco dolor
- 19 – 27 Medio
- 28 – 36 Mucho dolor
- 37 – 45 Muchísimo dolor

**Cuestionario McGill sobre Dolor – Versión corta
(SF-MPQ)
Form X**

3 Not Done

A. POR FAVOR DESCRIBA EL DOLOR QUE USTED TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (7 DÍAS). (Marque con una X solo un cuadro de cada línea.)

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. CALIFIQUE EL DOLOR QUE TUVO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA Score in mm
 La siguiente línea representa un dolor posible que aumenta desde "Ningún dolor posible" hasta "El peor dolor posible". Marque una raya (|) que cruce la línea en el lugar que mejor describa la intensidad de su dolor durante la última semana (7 días). (Investigator's use only)

C. INTENSIDAD DEL DOLOR EN ESTE MOMENTO

	Ningún dolor	Leve	Moderado	Severo
1. Palpitante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Como corriente eléctrica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Como una puñalada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Punzante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Como un calambre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Que carcome	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Caliente, como una quemadura	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Como una molestia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Como un peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible al tacto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Como si fuera a estallar o partir en dos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Que cansa o agotador	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Que da náuseas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Que da miedo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Violento o cruel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>