

# ANALISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS DE DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO

## RESUMEN

El dolor crónico constituye un problema complejo cuyo abordaje debe de ser multidisciplinar. La intervención psicológica, desde la perspectiva cognitivo-conductual, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de estos pacientes.

En este trabajo planteamos un modelo de Análisis Funcional en los pacientes con dolor crónico no oncológico.

**Palabras clave:** dolor crónico, evaluación, análisis funcional.

## SUMMARY

Chronic pain constitutes a complex problem whose approach must be multidisciplinary. The psychological intervention from a cognitive behaviour point of view has showed its efficacy in the treatment of these patients.

In this research we establish a functional analysis pattern in chronic pain no oncological patients.

**Key words:** chronic pain, evaluation, functional analysis.

Ana Sánchez Guerrero\*  
M.<sup>a</sup> Isabel Cabezudo de la Muela\*  
José de Andrés Ibáñez\*\*

## INTRODUCCION

El dolor crónico supone actualmente un reto para todos aquellos especialistas que se dedican a este campo, ya que como veremos, se trata de un problema de gran complejidad que surge

ante la ineficacia para resolver el trastorno agudo de base. Además, existen otras múltiples razones que han despertado el interés por el estudio del dolor crónico. Así, supone el principal motivo de demanda de asistencia médica, siendo muy frecuente que colapse la consulta de ciertas especialidades. Del mismo modo, es citado en el primer puesto de la jerarquía de factores que las personas temen de una enfermedad terminal y, por otro lado, supone un gran coste en días de trabajo, asistencia y gastos farmacéuticos.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1979): «el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma».

El estudio del dolor se inició en los años 50, aunque su abordaje psicológico es posterior. Las investigaciones se apoyaron en dos líneas básicas, «Investigación clínica» a partir de los estudios de Beecher (1956) y los «Estudios experimentales de laboratorio», Hardy, Wolff y Goodel (1952).

A través de estos estudios se han llegado a las siguientes conclusiones básicas, vigentes hoy en día:

1. El dolor no se puede estudiar de forma unidimensional, es un fenómeno multidimensional.
2. El dolor no es una modalidad sensorial exteroceptiva.
3. No se puede hablar de medida de dolor, sino de grados de evaluación y percepción del mismo.

Analizando esta definición y estas conclusiones básicas, observamos que el dolor es una compleja experiencia perceptual y afectiva, cuyo abordaje, necesariamente multidisciplinar, abre un amplio campo para la investigación y la intervención psicológica.

Dado que como terapeutas cognitivo-conductuales, consideramos necesario realizar el Análisis Funcional (A. F.) de la conducta problema, como paso previo a la intervención terapéutica y que, revisando la bibliografía, no hemos encontrado ningún autor que desarrolle el A. F. de las conductas de dolor crónico de una manera sistemática; en este trabajo, tras revisar brevemente algunos conceptos básicos, ofrecemos el A. F. que utilizamos en nuestros pacientes con dolor crónico no oncológico

y que en nuestra práctica profesional se ha revelado útil.

## CLASIFICACION DEL DOLOR

Para el estudio del dolor se han utilizado criterios clínicos de clasificación que nos pueden ayudar y orientar en la evaluación psicológica.

Criterio anatómico: abdominal, torácico...

Criterio según su localización general: referido al tejido y características de los receptores nociceptivos.

- Cutáneo o periférico.
- Somático.
- Visceral.

Clasificación en: epicrítico y protopático.

Criterio temporal:

*Dolor agudo:* sensación de dolor de reciente aparición, existencia de un cuadro muy concreto y previsible, siendo un útil indicador de alteración patológica o lesión.

*Dolor crónico:* el dolor se mantiene durante un cierto tiempo (seis meses aproximadamente) siendo la intervención médica ineficaz para la eliminación del mismo, llegando a ser inadaptativo y por tanto inútil.

Podemos distinguir dos tipos de dolor crónico:

- *Benigno:* no asociado a cáncer.
- *Maligno:* va asociado a cáncer.

En la actualidad, los términos benigno y maligno tienden a cambiarse por no oncológico y oncológico respectivamente, ya que en la mayor parte de los casos de dolor crónico el calificativo de «benigno» es difícilmente aplicable.

El dolor crónico puede originar problemas de invalidez que serán abordados independientemente de cuál sea su patología de origen.

\* Psicóloga de la Unidad de Terapia del Dolor de la Clínica Virgen del Consuelo de Valencia.

\*\* Médico anestesiólogo. Coordinador de la Unidad de Terapia del Dolor de la Clínica Virgen del Consuelo de Valencia.



## FISIOLOGIA Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL DOLOR

### Fisiología:

Sin detenernos en muchos detalles, el dolor es visto como transmisión de estímulos nerviosos desde la periferia al sistema nervioso central. Dicha transmisión se hace posible mediante los receptores de estímulo que pueden ser clasificados por el tipo de estímulos y potencial de acción que son capaces de transmitir y por las vías de transmisión. Las vías más importantes son el haz neoespinotalámico (formado por fibras gruesas, dolor nítido y bien delimitado) y el haz paleoespinotalámico (formado por fibras de organización difusa, más inespecífica, lenta, multisináptica; transmite dolor persistente donde tiene importancia el componente afectivo del dolor).

### Modelos explicativos:

Su estudio parte de las investigaciones fisiológicas.

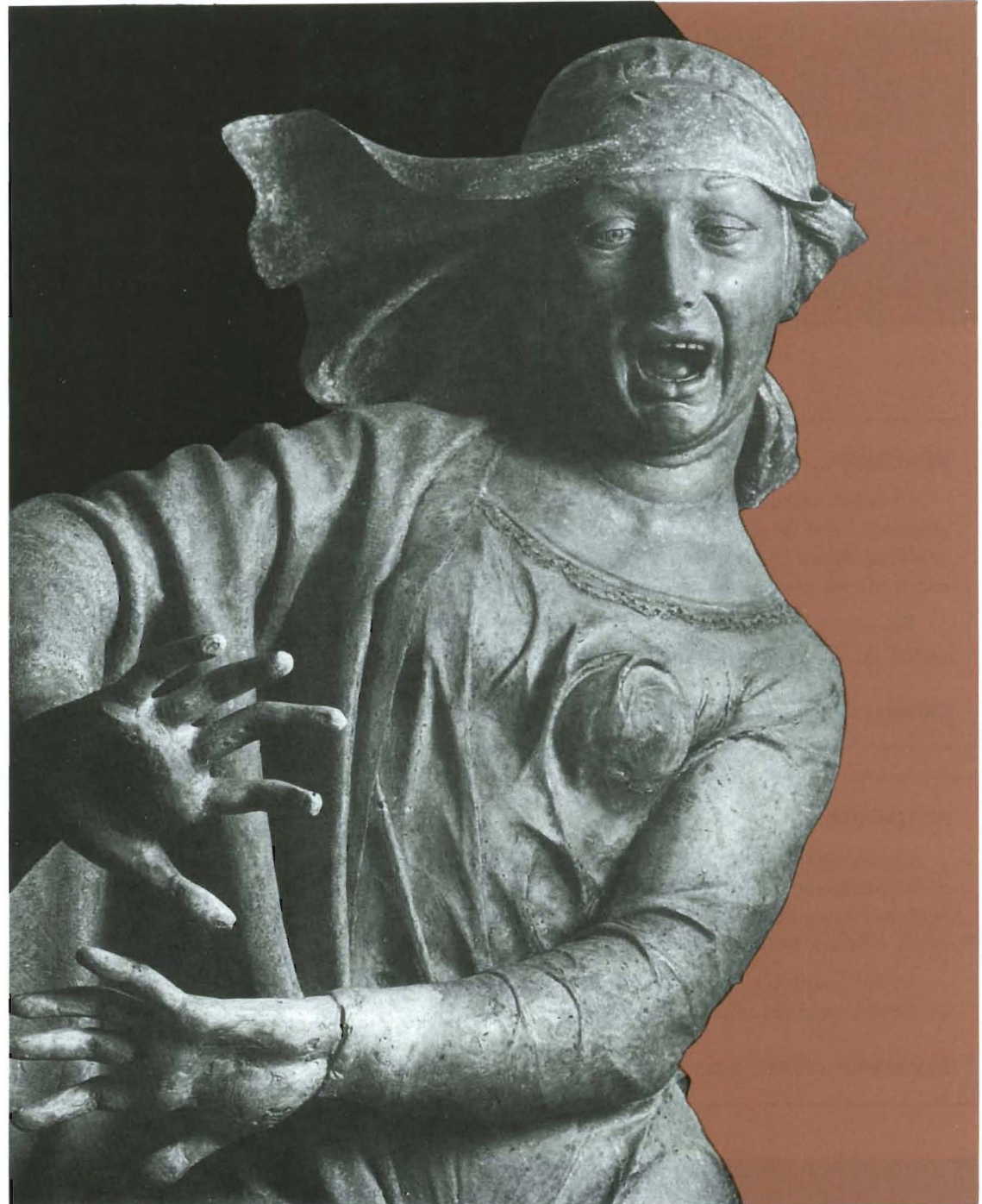
### Modelo lineal simple:

A partir de los trabajos de Max Von Frey. Se considera el dolor como un producto final, hay una relación lineal entre dolor y lesión. Este modelo tiene su justificación en los cuadros de dolor agudo; sin embargo, no explica el dolor crónico.

### Modelos multidimensionales:

**Modelo de Melzack y Casey (1968).** Teoría del control de la puerta.

Este modelo neurofisiológico asume que las señales aferentes no dolorosas pueden inhibir las señales de dolor que entran por el asta dorsal o que las señales rápidas pueden desviar el sistema de puerta para alertar a los centros superiores y hacer que éstos produzcan señales descendentes supresivas que actúen sobre la «puerta» (obsérvense las implicaciones psicológicas en la



inhibición de las señales dolorosas y su utilidad terapéutica). Estos autores consideran que nunca se puede explicar el fenómeno del dolor basándose únicamente en una serie de fibras que conducen estímulos eléctricos; la experiencia del dolor la interpretan como una experiencia perceptiva:

- **Sensorial-discriminativa:** Transmisión de la sensación, intensidad, etcétera.

- **Motivacional-afectiva:** A lo anterior se le acumulan las respuestas emocionales, que le comunicaría al dolor el carácter desagradable y aversivo.

- **Cognitivo-evaluativo:** Función de interpretación y valoración.

**Modelo de Loeser (1980).** Hace un esquema jerárquico: nocicepción, dolor, sufrimiento, conductas de dolor.

**Modelo de Fordyce (1976).** Es el introductor de las aplicaciones del condicionamiento operante a las conductas de dolor: hay conductas explicadas por la lesión (dolor respondiente) y hay conductas que están mantenidas por sus consecuencias (dolor operante).

Es el introductor del término «conducta de dolor», que es el

objeto de estudio del terapeuta conductual, teniendo en cuenta que por conducta se entiende tanto la respuesta cognitiva como la fisiológica y motora. Sabemos que la conducta nos informa de un malestar, pero éste puede tener una justificación lesional (dolor reflejo) o no (dolor operante); como veremos en el análisis funcional, dicha conducta puede estar mantenida por otros factores.

**Modelo Schoenfel (1978).** Considera que hay una conducta de dolor que tiene probabilidad de ocurrir y que depende del contexto social.



## INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Los instrumentos básicos que utilizamos son:

- Historia clínica para pacientes con dolor crónico (elaborada específicamente para su uso en la Unidad).

- Métodos de autoobservación: autorregistros, escala analógica visual, escala numérica y estimaciones cualitativas de dolor.

- Cuestionarios: depresión (Beck), ideas irracionales (Ellis).

Consideramos la entrevista (con paciente y familia), así como la observación directa, los instrumentos básicos y fundamentales para llevar a cabo el análisis funcional.

## ANALISIS FUNCIONAL DE PACIENTES CON DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO

El A. F. de la conducta problema puede definirse como la identificación de la respuesta en su tridimensionalidad (cognitiva, motora, fisiológica), las variables antecedentes que la elicitán (Es), los consecuentes que la controlan y las relaciones funcionales demostrables que se pueden establecer. La ecuación funcional que a continuación presentamos está basada en Kanfer-Philips (1970) y Pastor y Sevillá (1990), adaptándola a las peculiaridades de este problema.

### 1. ESTIMULOS (Es)

#### 1.1. EXTERNOS

*Físicos:*

- Lugares, situaciones, momentos del día...

- Clima: los factores climáticos (lluvia, temperatura...) se encuentran con frecuencia como estímulos discriminativos de dolor en nuestros pacientes.

*Sociales:*

- Con qué personas, bajo qué situaciones sociales (especificar si se agudiza en el trabajo; con la familia; en momentos de distracción, de contacto social, o cuando están solos).

Es frecuente encontrar situaciones generadoras de estrés y ansiedad relacionadas con determinadas situaciones de contacto social o de aislamiento que anteceden al aumento en la intensidad del dolor.

(Especificar parámetros y jerarquizar.)

#### 1.2. INTERNOS

*Fisiológicos:*

- Dolor: dónde y cómo comienza lo primero que nota. Describir con detalle las características del mismo y las variaciones en cada cadena funcional.

- Cansancio.
- Comidas, sueño...
- Menstruación...
- Experiencia perceptiva. En algunos se desarrolla una especial atención discriminativa ante cualquier variación fisiológica.

*Cognitivos:*

- Autoinstrucciones, expectativas de fracaso, imágenes, recuerdos.

- Ideas irracionales que justifiquen la persistencia y características del dolor: «yo tengo que tener un tumor», «esto no puede ser normal», «al operarme me han tenido que dejar adherencias».

- Ansiedad previa anticipatoria: «hoy está muy nublado y tengo que ir de compras, seguro que esta tarde el dolor será mayor».

(Especificar parámetros y jerarquizar.)

### 2. ORGANISMO (O)

#### 2.1. ESTILO PERSONAL

- Edad, sexo, profesión, nivel cultural e intelectual.

- Relaciones familiares: pareja e hijos (valorar apoyos).

- Filosofía irracional básica.
- Competencia social.

- Capacidad de autocontrol, relajación, imaginación.

#### 2.2. HISTORIA DE APRENDIZAJE

- Diagnóstico inicial del problema que ha generado el dolor y atribuciones que el paciente hace acerca del mismo. El diagnóstico médico y las atribuciones subjetivas del paciente, en ocasiones resultan discordantes y son interesantes de valorar.

- Aumento de la aversividad y momento en que lo sitúa (averiguar atribuciones).

- Mejorías y recaídas a lo largo de los años; atribuciones que hace de las mismas. Valorar la situación también en la actualidad.

- Pérdida de reforzadores.

- Patrones familiares: patrones de aprendizaje de la conducta de dolor en la familia de origen.

- Modelos de depresión o de ansiedad.

#### 2.3. FACTORES BIOLÓGICOS

- Lesiones e intervenciones quirúrgicas relacionadas o no con el dolor actual.

- Características del dolor: localización, intensidad, duración del cuadro actual, periodicidad, evolución a lo largo del día.

- Psicofármacos, medidas analgésicas (tipo y dosis, anteriormente y en la actualidad). Pautas de administración. Efectos.

- Influencia de las posturas y movimientos (efectos inmediatos y a medio plazo) sobre el dolor.

- Factores climáticos, calor local, masajes y frías.

- Influencia de otras enfermedades que cursan sin dolor, pero que también inhabilitan o repercuten en el mismo.

#### 2.4. INCIDENCIA DEL DOLOR SOBRE:

- Actividades de autonomía: transporte, vestido, alimentación.

- Trabajo doméstico y/o trabajo fuera de casa.

- Distracción y aficiones.

- Sueño y hábitos, anteriores y actuales.

- Estado de ánimo: especificar emociones.

- Relaciones sexuales.

- Ingresos familiares.

#### 2.5. HABILIDADES DE COPING

- Ante dolores pasados.

- Ante el dolor actual.

#### 2.6. TRATAMIENTOS ANTERIORES

- Médicos.

- Psicológicos.

Relacionados o no con su problema de dolor.

#### 2.7. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- Médicos.

- Psicológicos.

#### 2.8. EXPECTATIVAS HACIA EL TRATAMIENTO PERSONALES Y FAMILIARES

Suelen llegar a la Unidad después de haber recibido diversos tratamientos, cuyo fracaso total o parcial disminuye la motivación del individuo y la familia. Una de nuestras primeras tareas será, consiguientemente, aumentar su motivación.



También es conveniente insistir en la necesidad de mantener una actitud activa, pues generalmente consideran que cualquier mejoría en su cuadro doloroso depende exclusivamente de los fármacos y técnicas médicas a que son sometidos, sin que ellos jueguen ningún papel en el alivio de su dolor.

## 2.9. SISTEMA DE REFUERZOS

- Actuales.
- Realizados con anterioridad a la enfermedad.
- Disponibilidad de los reforzadores en su medio, valorando las posibilidades actuales del paciente para acceder a ellos.

## 3. RESPUESTA (R)

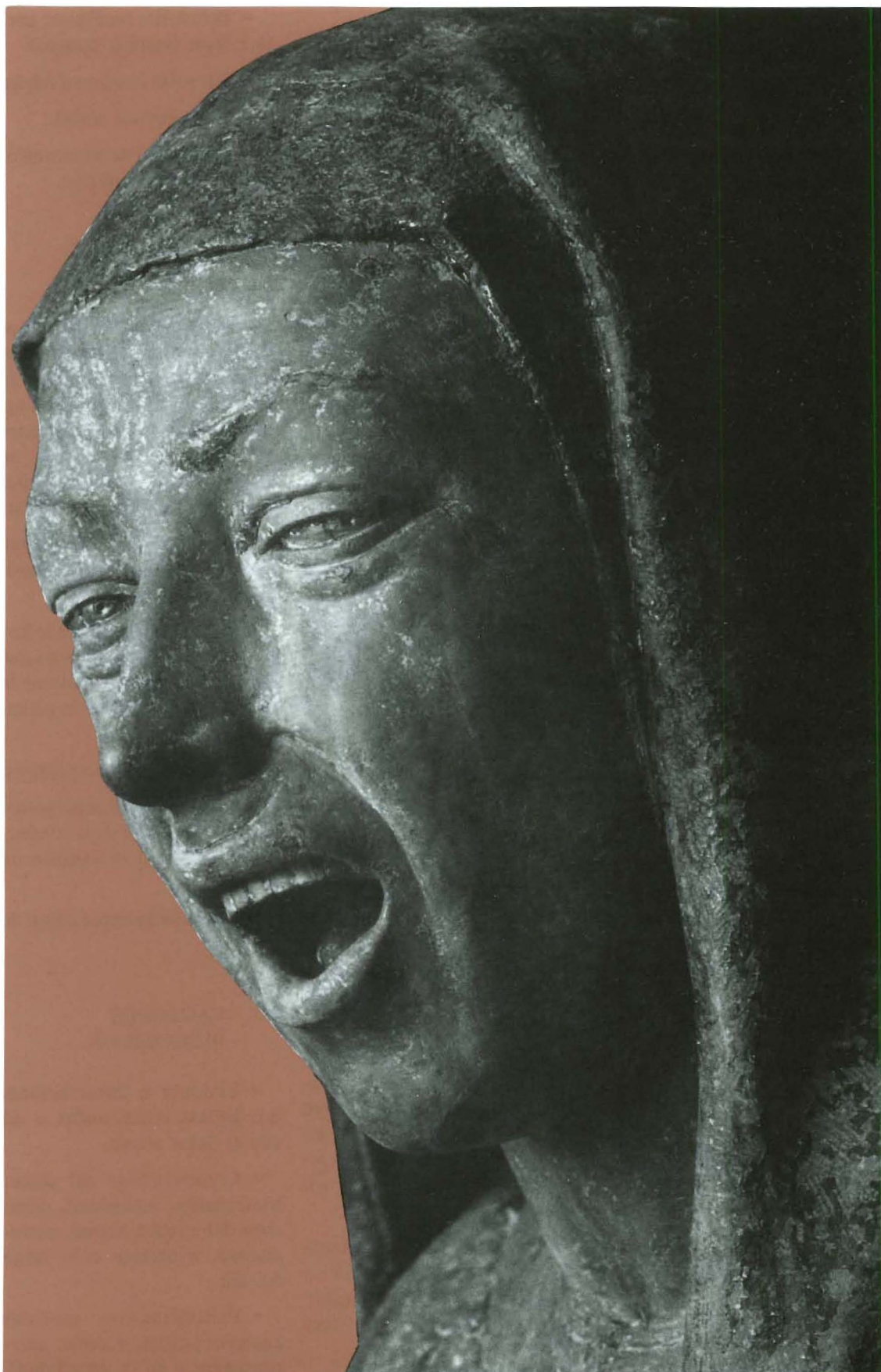
### 3.1. FISIOLÓGICA:

- Características del dolor: intensidad, duración, frecuencia, localización, irradiación...
- Problemas de sueño.
- Pérdida de apetito y peso, control de esfínteres.
- Fatiga, falta de vitalidad, sensación de entumecimiento.
- Tensión, irritabilidad.
- Emociones negativas: tristeza, ansiedad, soledad...
- Otras variables de S. N. autónomo que se activen.

Es la modalidad de respuesta que el paciente mejor nos describe.

### 3.2. COGNITIVAS:

- Autoinstrucciones negativas - pensamientos negativos: «este dolor no se me pasará», «soy incapaz de hacer nada», «ya está aquí, cada vez más fuerte y peor».
- Ideas de catástrofe (grado de creencia).
- Pensamientos en forma de imagen.



- Ideas de suicidio.
- Atribuciones, interpretaciones y creencias en torno a su origen, malignidad, imposibilidad de hacer nada...

La respuesta cognitiva, aunque difícil de detectar para estos

pacientes y, por tanto, de ser evaluada por el terapeuta, constituye desde un punto de vista clínico, un elemento fundamental en el diagnóstico y percepción del dolor. Su integración con otras técnicas terapéuticas ha dado lugar a acercamientos

de gran utilidad aplicados a este campo.

### 3.3. MOTORAS:

- Gestos específicos de dolor diferentes para cada paciente: muecas, posturas de protección...



- Llanto y quejas verbales: contrastar la información del paciente y de las personas más directamente en contacto.

- Inhibición conductual, enlentecimiento motor.

- Evitación y escape de situaciones, especificar cuáles.

En muchos casos es difícil que sean constantes en los programas de rehabilitación y de actividad, lo que puede explicarse por la creencia generalizada de que la actividad es perjudicial para el dolor y que actúa intensificándolo; opinión que no puede mantenerse a la luz de los conocimientos actuales. Intentamos que realizando actividades rompan el círculo vicioso evitación-inactividad-evitación (Fordyce y cols., 1982).

#### 4. CONSECUENCIAS (C)

##### 4.1. EXTERNAS

###### Refuerzo positivo

Ganancias secundarias: atención del medio y conductas de protección. En algunos casos encontramos la búsqueda de gratificaciones a través del dolor, ya que el paciente no sabe buscarlas por otro medio.

###### Extinción y castigo

- Escasa atención y refuerzo del medio a las conductas adaptativas del paciente «no dolorosas».

- Mantenimiento de su papel de inviduo con dolor.

- Impedimento de actividades normales y adaptativas.

Precisar evolución en el tiempo, pues pueden estar sometidos a un programa de extinción y/o castigo de todo tipo de conductas, incluidas las adaptativas.

##### 4.2. INTERNAS

###### Autocastigo

*Pensamientos negativos de culpa:*



- Ver los que actuarían como E. D. de nuevas respuestas de ansiedad, depresión, dolor.

- Aprendizaje de la inutilidad de actuar frente al dolor: por medios personales o por cualquier procedimiento. Indefensión generalizada y conducta depresiva.

- Sentimientos de inadecuación de uno mismo y de la propia actuación ante la vida y sus exigencias.

###### REFUERZO NEGATIVO

Ante la expectativa de aumento de dolor, el paciente huye de situaciones para él aversivas, experimentando con ello alivio, disminución de la ansiedad y de la tensión:

- Evitación y escape: utilizan la conducta de dolor como escape y evitación de actividades y situaciones conflictivas para él.

- Las conductas de dolor se refuerzan negativamente, al eximirle su medio familiar y social de responsabilidades y tareas en principio desagradables para él.

Ver las consecuencias que mantienen e intensifican la conducta de dolor.

###### (k) PATRON DE REFORZAMIENTO

- Continuo.
- Intermitente.

Precisar evolución en el patrón de reforzamiento.

Quando los pacientes llegan a nuestra Unidad, encontramos patrón K distinto de 1.

En algunos pacientes con una larga historia de dolor crónico, las mismas consecuencias pueden actuar como estímulos discriminativos de la conducta de dolor.

Aunque hemos referido el A. F. para los pacientes con dolor crónico no oncológico, este mismo análisis puede utilizarse con algunas variaciones en enfermos con dolor oncológico, tal y como hacemos en nuestra Unidad.

Finalmente, queremos señalar que el modelo de A. F. propuesto es una primera aproximación que en nuestra experiencia ha sido de gran utilidad, y que puede enriquecerse con las aportaciones de otros profesionales interesados en este complejo campo del tratamiento del dolor crónico.

#### BIBLIOGRAFIA EN CASTELLANO

BUCETA, J. M.: *Psicología Clínica y Salud: aplicación de estrategias de intervención*. Madrid, Uned, 1987.

BUELA, G. y CABALLO, V.: *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. México, Siglo XXI, 1991.

CLARE, H.: *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide, 1991.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. G.: «Actividad cognitiva y dolor crónico». *Dolor*, 1991; 6: 197.

KANFER, F. y PHILIPS, J.: *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México, Trillas, 1976.

MACIÁ, D. y MÉNDEZ, F.: *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid, Pirámide, 1988.

PASTOR, M. C. y SEVILLÁ, J.: «Análisis funcional de la conducta. Un modelo práctico de intervención». *Información Psicológica*, n.º 42, 1990.

PENZO, W.: *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona, Martínez Roca, 1989.