



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos

**Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual
para el abordaje del dolor crónico en personas adultas**
(Artículo Científico)

Rosemary Hernández Barzanallana

Guatemala, junio 2020

**Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual
para el abordaje del dolor crónico en personas adultas**
(Artículo Científico)

Rosemary Hernández Barzanallana

Licda. Leticia Padilla (Asesora)

M.A. Yael Pinto (Revisora)

Guatemala, junio 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

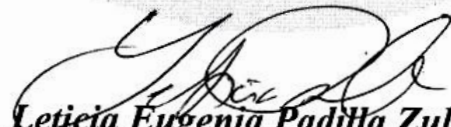
Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala septiembre de 2019.

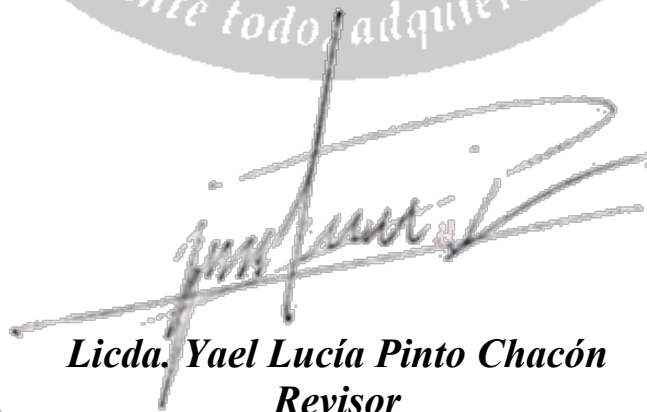
*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: “Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del dolor crónico en personas adultas”. Presentada por el (la) estudiante: **Rosemary Hernández Barzanallana**, previo a optar al grado Académico de **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Leticia Eugenia Padilla Zuleta
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo año 2020.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del dolor crónico en personas adultas”**.*

*Presentada por la estudiante: **Rosemary Hernández Barzanallana** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Licda. Yael Lucía Pinto Chacón
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema **“Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del dolor crónico en personas adultas”** presentado por el (la) estudiante **Rosemary Hernández Barzanallana**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad**.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



PBX: 1779
Diagonal 34, 31-43 zona 16.
Guatemala C.A.

Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
El Dolor	1
1.1 Definición	2
1.2 Fisiología del dolor	3
1.3 Clasificación del dolor	7
1.4 Fisiopatología del dolor	10
1.5 Consecuencias del dolor	11
1.6 Personalidad	15
Capítulo 2	20
Diagnóstico y Tratamiento	20
2.1 Diagnóstico clínico	20
2.1.1 Equipo y dispositivos para diagnóstico clínico	22
2.1.2 Instrumentos de evaluación	24
2.1.2.1 Diarios de dolor	24
2.1.2.2 Cuestionarios para evaluar dolor	24
2.2 Tratamiento	26
2.2.1 Terapia farmacológica	26
2.2.2 Terapia física	28
2.2.3 Terapias alternativas	28
Capítulo 3	32
Terapia Cognitivo-Conductual	32
3.1 Antecedentes del modelo	32
3.2 Fundamento	34

3.3 Terapia Racional Emotiva Conductual TREC	34
3.4 Técnica de Hipnosis Cognitivo-Conductual	40
3.5 Evaluación	43
3.6 Diagnóstico	46
3.6.1 Trastorno de síntomas somáticos	46
3.6.2 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas	47
3.6.3 Otros trastornos derivados del dolor crónico	48
3.6.3.1 Trastorno de ansiedad generalizado	48
3.6.3.2 Otro trastorno depresivo no especificado	49
3.7 Tratamiento psicoterapéutico	49
3.7.1 Psicoeducación	50
3.7.2 Insight Racional-Emotivo	51
3.7.3 Estructura de las sesiones	52
3.7.4 Tareas para la casa	55
3.7.5 Esquema del plan terapéutico sugerido	55
3.8 Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento del dolor crónico	56
3.9 Enfoque Cognitivo-Conductual en la actualidad	58
Conclusiones	60
Referencias	62
Anexos	67
Lista de Cuadros	
Cuadro No. 1 Tipos de Nociceptores	5
Cuadro No. 2 Tipos de Dolor	7
Cuadro No. 3 Equipo y Dispositivos para Diagnóstico Clínico	23
Cuadro No. 4 Terapia Farmacológica	26
Cuadro No. 5 Emociones Negativas y Creencias	37

Cuadro No. 6	Mapa Clínico	50
Cuadro No. 7	Plan de Tratamiento	55

Resumen

El presente trabajo de investigación “Aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje del dolor crónico en personas adultas”. Se deriva de la Maestría en enfoques psicoterapéuticos de la Universidad Panamericana como sistema de egreso. Por la relevancia que tiene el dolor crónico en la salud física y mental de la población a nivel mundial, al ocasionar múltiples problemas en el ámbito social, laboral, económico, familiar y sanitario.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), aproximadamente el 29% de la población mundial acude al médico refiriendo dolor. En Guatemala no existen datos epidemiológicos ni estadísticas que revelen información acerca del dolor y su cronificación. Tampoco se acostumbra a buscar ayuda multidisciplinaria para tratar dicha condición que puede incapacitar física y mentalmente a un individuo.

Este artículo se conforma por los siguientes capítulos: en el primer capítulo se define el dolor, se expone el objetivo de éste y se explica la fisiología que conlleva la sensación desagradable. Además, se presentan los diferentes tipos y mecanismos fisiopatológicos implicados en la sensación de dolor. También, se discuten las consecuencias y el tipo de personalidad que puede influir en la cronificación de esta sensación subjetiva.

El capítulo dos contiene el diagnóstico clínico abordado desde la perspectiva médica, el equipo técnico necesario para realizar un diagnóstico y evaluación ética, apegado a evidencia. También, se presentan los diferentes instrumentos destinados a evaluar y diagnosticar el dolor. Además, se exponen los tratamientos farmacológicos disponibles y terapias alternativas que pueden utilizarse.

En el capítulo tres se presentan los antecedentes y fundamento del modelo Cognitivo-Conductual y la Terapia Racional Emotiva Conductual desarrollada por Albert Ellis. También, se aborda la técnica de hipnosis clínica y la evaluación, tanto psicopatológica como Racional-Emotiva. Se expone el posible diagnóstico y el tratamiento psicológico. Por último, se trata el tema de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual y la condición actual de la misma.

Introducción

Los seres humanos son seres integrales que cuentan con cuerpo y mente en el que uno tiene influencia sobre el otro, tal y como lo estableció Descartes. Permitiéndole al individuo manifestar, tanto el dolor emocional como el bienestar, en el cuerpo. La mente es una creación maravillosa con la que cuenta el ser humano, que puede entenderse como un ente abstracto. Es un conjunto de funciones que permite percibir, interpretar, procesar, aprender, crear, imaginar, pensar y almacenar experiencias en la memoria. Siendo el cerebro, el órgano encargado de llevar a cabo estos procesos psíquicos que cada individuo realiza de forma única y personal. La manera particular como la persona recibe la información, la procesa e interpreta está relacionada con aspectos biológicos, hereditarios, ambientales, experienciales.

El dolor es una sensación subjetiva que cuenta con tres dimensiones, sensorial, evaluativa y afectiva. Por lo que cada persona le otorga un significado particular, que depende de las experiencias, lo aprendido y la relación que desarrolle con él. Además, cada individuo es un ser único que cuenta con un estilo de personalidad exclusivo que influye la conducta, pensamiento y emociones, haciendo de la sensación desagradable algo difícil de cuantificar y calificar de forma objetiva por parte del paciente, médico y terapeuta.

Al hacerse crónico el dolor, se convierte en una sensación desagradable e insoportable que puede explicarse por medio de mecanismos fisiológicos y afectivos. Los nociceptores o receptores de dolor se sensibilizan a medida que el dolor permanece en el tiempo y la persona disminuye el umbral de dolor, llegando a percibirlo como intolerable. Desarrollando emociones y pensamientos disfuncionales producidos por las creencias irracionales que surgen a lo largo de la vida y que influyen en la forma de interpretar la sensación persistente y la manera de enfrentar dicho problema. Sin embargo, el ser humano cuenta con la capacidad de mejorar y superar el dolor emocional, si así lo desea. Por lo que la efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual depende, no solamente de la base científica del enfoque y el terapeuta; sino que también del deseo del individuo para superar y modificar el pensamiento, emoción y conducta.

Capítulo 1

El dolor

El dolor crónico es una complicación de salud que produce diferentes problemas en ámbitos como el laboral, económico, social y sanitario. Además, puede acompañarse de sufrimiento, tanto para la persona que lo padece, como para todos los que le rodean. Debido a la importancia social que tiene este padecimiento, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), establece que aproximadamente 29% de la población mundial padece de dolor.

Además, afirma que alrededor del mundo se llevan a cabo más de 300 millones de cirugía por año que producen dolor agudo y si no se logra resolver de forma adecuada y esperada después de tres meses, tiende a cronificarse. Por estas razones la OMS estableció que el tratamiento contra el dolor es un derecho humano, declarando el 17 de octubre como el Día Mundial Contra el Dolor. (América Economía: Clúster Salud, 2019)

Blanco, Espinosa, Marcos & Rodríguez (2004) presentan datos epidemiológicos españoles similares a los ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017):

El 30.1% refiere haber padecido de dolor en los días previos. El dolor aumenta con la edad, llegando al 42.6% de las personas de más de 65 años. El dolor crónico tiene una alta incidencia; así de todas las personas que declararon haber tenido dolor, el 60.5% lo padecían desde hacía más de tres meses. La mujer está más afectada que el hombre, probablemente por el dolor menstrual...Elevado índice de absentismo laboral (hasta el 48%). Alta incidencia en las relaciones de la vida diaria (hasta el 56.2%). (p. 14)

De acuerdo con el Algólogo (especialista en dolor) y Anestesiólogo, Dr. Héctor Molina Muñiz, de la clínica Cindolor, que se encuentra en la Ciudad de Guatemala; en el país no hay datos estadísticos, ni epidemiológicos acerca del dolor. Por lo que ofreció datos que ha recabado a lo

largo de 20 años de práctica y experiencia. Afirmó que el tipo de paciente que acude a consulta es la persona que presenta dolor crónico. Las personas que padecen dolor agudo acuden al médico general, internista u especialistas de otro tipo. El 80% de los pacientes que le consultan lo hacen debido a dolor en la espalda, aproximadamente un 15% presenta dolor reumático y un 5% se queja de dolor de cabeza. (Molina, comunicación personal, 10 de julio de 2019)

Además, considera que, en cuanto al sexo, las mujeres son las que más acuden a consulta, aunque admite que no considera que son las que más frecuentemente enferman, sino que son las que con mayor frecuencia buscan ayuda médica. Afirmo que en Guatemala los hombres, acuden menos a consulta debido a la ocupación laboral y por considerar que sus síntomas son sinónimo de debilidad, asegurando que el dolor es independiente del sexo de la persona. (Molina, 2019)

De acuerdo con Blanco, Espinosa, Marcos y Rodríguez (2004), el dolor causa un elevado índice de ausentismo laboral de aproximadamente 48%, convirtiéndose en un problema socio sanitario porque provoca un gasto elevado de recursos anuales destinados a la atención primaria de la salud, que implica incapacidad física que además puede ocasionar una alta tasa de problemas emocionales y relacionales de hasta en un 56.2%.

El dolor crónico es una condición capaz de provocar emociones negativas disfuncionales que pueden incapacitar a la persona que lo padece y depende de ciertos factores como: estilo de personalidad, experiencias, forma de afrontar, interpretar y procesar la información recibida del ambiente.

1.1 Definición de dolor

Para definir dolor, no existe un enunciado que logre incluir todos los aspectos importantes que lo determinan porque no significa lo mismo para todas las personas, debido a la complejidad de interpretaciones que se hacen del mismo. Cada persona lo define de forma única. El Diccionario de la Lengua Española (2001) define dolor de una forma sencilla que incluye tanto el aspecto sensorial como el emocional que conlleva esta experiencia desagradable “Sensación molesta y

aflictiva de una parte del cuerpo, por causa interior y exterior”. También, lo define como: “un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo”. (p. 845)

La Sociedad Española de Reumatología (2006) afirma que la definición que más se acepta actualmente, es la de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia a daño tisular o real o potencial, o que se describe en los términos de dicho daño”. (p. 27)

Además, agrega que el dolor es una experiencia puramente subjetiva, debido a que el paciente es quien mejor conoce su condición, puede describirla, porque es una experiencia, tanto emocional como sensorial, aprendida. Por lo tanto, el dolor no siempre será un síntoma asociado a un daño físico comprobable, porque puede ser producido por aspectos psicológicos debido a que depende de la percepción e interpretación que cada persona le otorga a dicha sensación.

Tal como se afirma en el libro ¿Qué sabemos de? El Dolor (2010): “se ha aceptado una nueva curiosa y pragmática definición de dolor: dolor es todo aquello que un paciente dice que le duele”. (p. 28). El dolor es una experiencia con tres dimensiones: sensorial o discriminativa, afectiva o motivacional y cognitiva o evaluativa.

1.2 Fisiología del Dolor

El objetivo del dolor es defensivo, porque evita el daño corporal, ante un estímulo que puede ser perjudicial para el organismo y se percibe por medio de una sensación desagradable, que prepara al individuo para huir y alejarse del peligro potencial.

Como se expuso anteriormente, la experiencia de dolor cuenta con tres aspectos importantes que determinan la percepción única del que lo padece y la condicionan: el aspecto sensorial, evaluativo y emocional. El aspecto sensorial se refiere a la intensidad, calidad y patrón del dolor que establece la persona e involucra la estructura anatómica del cuerpo humano. El dolor cuenta con un órgano receptor que recibe la sensación externa, un órgano conductor que transmita el impulso nervioso

hacia el órgano receptor, como el cerebro, en donde se analiza, produciendo una respuesta, según lo establecido por la Sociedad Española de Reumatología (2006).

De acuerdo con Goya (2010), el aspecto evaluativo se refiere a las cualidades subjetivas que la persona le otorga al dolor y, que dependen de la cultura, el aprendizaje y las experiencias pasadas que la persona ha almacenado en la memoria. Las emociones evaluativas que surgen a partir de la experiencia de dolor cuando ésta permanece en el tiempo, pueden amplificar y empeorar la condición, complicando el tratamiento clínico-farmacológico. Mientras que el aspecto emocional, se refiere al estado de ánimo que se produce, como consecuencia directa, de la experiencia repulsiva y que depende de múltiples factores como la personalidad, la influencia del ambiente y la genética.

Fisiológicamente hablando, Torres y Compañ (2006) afirman, que el cuerpo humano cuenta con receptores de dolor que son “terminales nerviosas libres de tipo mecánico, termal y químico, que se encuentran en la piel y en superficies internas, tales como el periosteum y las articulaciones” (p. 23). Capaces de registrar sensaciones nocivas como calor, presión y luz. Se les conoce como nociceptores (abreviación de noci-receptores).

Villoria (2007) afirma que los nociceptores cuentan con la particularidad de: “Falta de actividad espontánea en ausencia de un estímulo nocivo previo” (p. 33). Estos receptores tienen la capacidad de percibir únicamente estímulos nocivos (de ahí se deriva su nombre), ya que éstos presentan frecuencias de impulso elevadas, mientras registran y responden de forma irregular o nula, ante aquellos estímulos no dolorosos o inocuos porque tienen intensidades bajas de impulso.

Además, Villoria (2007) sostiene, que los nociceptores se dividen en diferentes categorías, una de ellas, es la dependencia de los estímulos a los que responden y se clasifican en: mecánicos, térmicos, polimodales y silientes. Los nociceptores mecánicos, son los receptores que responden a estímulos lesivos como presión, sensaciones táctiles intensas y golpes.

Aguilar et al. (2001), establece que los nociceptores transmiten el impulso eléctrico con gran rapidez, para que el cerebro tenga suficiente tiempo de responder rápidamente y evitar daños

mayores, se encuentran conectados con las fibras nerviosas A delta. Mientras que los receptores de dolor térmicos, son los que responden a temperaturas elevadas de 42°C hasta 0°C y están conectados a las fibras nerviosas A delta, que envían el impulso rápidamente, evitando más daño. Según Aguilar et al. (2001), los receptores de dolor polimodales son aquellas terminaciones nerviosas, que responden a diferentes estímulos como químicos, térmicos y mecánicos. Están conectados a fibras nerviosas C, que transmiten información más lentamente. Los nociceptores silientes son aquellos, que se mantienen sin responder la mayor parte del tiempo y lo hacen después de que se ha producido una lesión en el tejido y ocurre una inflamación. Están conectados con las fibras nerviosas C, que transmiten los impulsos nerviosos de forma más lenta.

Cuadro No. 1
Tipos de Nociceptores

Tipo de receptor	Estímulo	Localización
Mecánicos	Responden a estímulos como presión intensa	Fibras A delta
Térmicos	Temperatura mayor a 45°C y menor a -5°C	Fibras A delta
Polimodales	Mecánico, térmico o químico	Fibras C
Silientes	Mecánico, térmico o químico	Fibras C

Fuente: elaboración propia con base a datos de Torres & Compañ (2006).

Aguilar et al., (2001), también establece que los nociceptores, se sensibilizan a medida que el estímulo aversivo permanece en el tiempo, evitando la adaptación al mismo. En otras palabras, disminuye el umbral de dolor, en la medida que el dolor persiste. Lo que explica mejor el motivo por el cual los dolores crónicos, tienden a incrementar la frecuencia del impulso, hasta percibirse como insostenibles, produciendo emociones e interpretaciones negativas, que contribuyen a un deterioro significativo de la condición del paciente, que probablemente llegue a incapacitarlo en varias áreas de la vida. Motivo por el cual muchas personas que sufren dolor crónico que sobrepasa el lapso normal, tienden a percibir el dolor de una forma mucho más intensa e insostenible,

produciendo agotamiento físico y emocional.

Villoria (2007) establece que:

Los receptores de dolor se activan, al recibir el impulso nocivo o dañino, que se transporta a través las fibras aferentes agrupadas que conforman los nervios del área dorsal, en la médula espinal y, que envían el impulso hacia el tálamo, que es receptor de la comunicación eléctrica de todos los nervios sensoriales, que luego transmite a la corteza cerebral, específicamente a las áreas S1 y S2. Además, este impulso viaja hacia el área límbica que está compuesta por la amígdala y el córtex cingular. Esta transmisión del impulso eléctrico es posible, debido a sustancias conocidas como neurotransmisores. (p. 33)

De acuerdo con Villoria (2007), la primera comunicación que llega a la corteza es de tipo lineal, porque a mayor estimulación de nociceptores, mayor el impulso eléctrico transmitido y mayor percepción dolorosa se produce en la corteza. Sin embargo, la comunicación eléctrica que llega al área límbica es modificable, no lineal y hasta vulnerable, debido a que esta área, es la responsable de la valoración subjetiva que cambia y complejiza la sensación dolorosa, convirtiéndola en una experiencia única. Esta diferencia de comunicación entre la corteza y el área límbica, es la base actual para el tratamiento farmapsicoterapéutico y ofrece una explicación fisiológica del motivo, por el cual cada persona percibe la sensación de dolor de forma particular y única.

El libro *Semiología de las Enfermedades Reumáticas* (2006), establece que:

Anteriormente, se desarrollaban medicamentos cuyo objetivo era disminuir la señal de forma parcial o total, producida por los nociceptores, con el propósito de bloquear la producción de neuromoduladores excitatorios presinápticos o alterando la respuesta neuronal ante el estímulo. En la actualidad, se han creado medicamentos capaces de centrarse en los mecanismos inhibitorios, que se producen en varios niveles de la conducción eléctrica como el sistema

nervioso central, el mesencéfalo, las fibras periféricas, los nervios dentro de la médula espinal, el tálamo y la corteza, porque es en estas estructuras en donde los aspectos subjetivos del dolor afectan la sensación y se involucran las emociones alterando la comunicación de la sensación.

(p. 8)

1.3 Clasificación del dolor

No existe una clasificación específica para el dolor que logre incluir los mismos parámetros. De acuerdo con Molina (2019), el dolor se clasifica en tres grupos, el dolor neuropático que involucra lesiones de nervios periféricos y el cerebro, el dolor nociceptivo que es un dolor que involucra los órganos, músculos, articulaciones, mucosas y no involucra tractos nerviosos y el dolor psicógeno que involucra las emociones y no tiene una causa orgánica.

Cuadro No. 2
Tipos de Dolor

Parámetro	Etiología	Subtipos	Descripción
Duración	Agudo		Duración corta, localizado en área específica por daño en el tejido y cesa cuando se resuelve la causa. Función protectora, evita que se incurra en mayor daño, excluye ciertos tipos de dolor.
	Crónico		Dolor persistente que permanece por largo tiempo, aun cuando la causa del mismo ha cesado. Su

Duración	Crónico		intensidad no relacionada con el estímulo que lo provocó, causado frecuentemente por condiciones psíquicas, no orgánicas. La causa del dolor es el dolor mismo e indica cierto fracaso del cuerpo por protegerse a sí mismo. Es un reto para médicos y terapeutas.
Mecanismo Fisiopatológico	Nociceptivo	Somático	Ocurre en huesos, músculos, ligamentos, articulaciones o piel, y se localiza en área determinada, no produce reacciones vegetativas.
		Visceral	Ocurre en órganos internos, se acompaña de reacciones vegetativas: náusea y vómitos. Se irradia a otras áreas diferentes a las que producen dolor.
	Neuropático	Afección en SNC o SNP	Dolor patológico, no tiene explicación orgánica ni relación causal entre la sensación y la lesión. Consecuencia de mal funcionamiento del sistema nervioso

			central (SNC) o sistema nervioso periférico (SNP). Etiología o causa múltiple. Puede ser consecuencia de infecciones, tumores, traumas, lesiones nerviosas, fracturas, amputaciones y otros. No responde a antiinflamatorios.
Mecanismo Fisiopatológico	No somático	Sin patología orgánica	Antes psicógeno, actualmente, idiopático. No tiene causa orgánica, puede ser subestimado. Para diagnosticarlo necesario médico haga análisis y evaluación exhaustiva para no infravalorar la queja del paciente. Descrito dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Necesita abordaje multidisciplinario: médico especialista en dolor y psicoterapeuta; además de tratamientos psicofarmacológicos
			Permanece a lo largo del día con intervalos de

Curso de Evolución	Continuo		intensidad. Generalmente, causa agotamiento porque no cesa.
Curso de Evolución	Episódico	Incidental, intermitente y fallo final de dosis	Ocurre por períodos durante un día. Puede ocurrir de forma espontánea, sin un factor que lo produzca o puede surgir debido a una condición que requiere un medicamento que debe ser tomado en un horario establecido.

Fuente: elaboración propia con base a datos de Sociedad Española de Reumatología (2006).

1.4 Fisiopatología del dolor

El Doctor Molina, afirma que el dolor agudo tratado de forma inadecuada desencadena el dolor crónico porque no siempre se comprende el origen ni mecanismos de éste (Molina, comunicación personal, 10 de julio de 2019). Congruente con lo establecido en el libro *Semiología de las enfermedades reumáticas*: “Para conocer los procesos que conducen al dolor crónico se debe entender los mecanismos que participan en su inicio, transmisión y procesamiento” (Sociedad Española de Reumatología, 2006, p. 15)

En el libro *Semiología de las Enfermedades Reumáticas* (2006), la Sociedad Española de Reumatología, establece que cuando ocurre una lesión en un tejido del cuerpo surge inflamación y se producen sustancias como serotonina, prostaglandina, bradicina e histamina que activan los nociceptores, con el propósito de sensibilizarlos, para que sean capaces de responder al estímulo y transmitir el impulso nervioso, hacia el asta dorsal de la médula espinal en donde las neuronas motoras reciben la orden de moverse para alejarse del peligro.

Adicionalmente, Villoria (2007) afirma que:

El impulso doloroso viaja a través de las fibras nerviosas aferentes hasta llegar al tálamo, luego a la corteza cerebral, en donde el estímulo se convierte en una sensación desagradable y se hace realidad el dolor. Además, este impulso viaja hacia el sistema límbico donde se produce endorfinas, exógenos y encefalinas, que son las sustancias responsables de producir emociones. No existe un área específica en la cual se procesa el dolor. Como consecuencia se liberan varios tipos de hormonas que preparan al cuerpo para escapar del peligro. (p. 34)

Villoria (2007) establece que cuando el dolor persiste, los nociceptores se vuelven más sensibles y perciben la sensación de dolor de una forma más intensa, provocando que la sensación dolorosa viaje hacia otros conductos nerviosos, produciendo dolor en áreas diferentes a la del origen de la lesión. En este momento se hace necesario encontrar la causa de la sensación desagradable y resolverla para evitar que el dolor permanezca y continúe irradiándose. Como en el caso del dolor crónico que no tiene relación con lesión alguna, debido a que ésta ya fue resuelta.

1.5 Consecuencias del dolor

Las autoras del libro Dolor agudo y dolor crónico (1998) afirman: “El dolor crónico es una importante causa de desempleo y jubilación. Alrededor del 60% de los pacientes con dolor crónico están desempleados y cerca del 40% han debido jubilar a causa de la enfermedad” (Muñoz y Tapia, 1998, p. 55)

El dolor agudo produce consecuencias negativas de corta duración y un impacto menor en la vida de una persona. Mientras que el dolor persistente de larga duración, produce consecuencias emocionales graves que requieren un tratamiento multimodal que involucra médicos y terapeutas. Tal y como lo afirma el Licenciado César López, Psicólogo Clínico, Máster en Neurociencias y Biología del Comportamiento, de la ciudad de Guatemala; quien, con la propia experiencia ha tratado pacientes que sufren de dolor crónico, debido a una lesión anterior que se logró resolver.

Sin embargo, continúan sintiendo dolor, sin justificación física. (López, comunicación personal, 2 de agosto de 2019)

En el libro *Semiología de las Enfermedades Reumáticas* (2006) se afirma:

El dolor es una sensación subjetiva y única que tiene relación con varios aspectos como: la personalidad, el aprendizaje, la forma de enfrentar y las experiencias anteriores con el dolor. Lo cual aporta el componente afectivo que otorga un significado y valoración que no está directamente relacionado con la intensidad del estímulo y daño ocasionado en el cuerpo; dificultando la cuantificación del componente. (p.8)

La Sociedad Española de Reumatología (2006) refiere:

Cuando ocurre un accidente o se enfrenta una intervención quirúrgica, se espera que haya dolor involucrado que se trata con medicamentos para que la sensación disminuya con el paso del tiempo, a medida que se recupera el tejido dañado. Por lo que las personas desean terminar con la sensación lo más pronto posible ya que es desagradable e interrumpe el curso de las actividades. Además, se desarrolla una expectativa de acuerdo con la gravedad de la lesión y la mejoría ofrece una pauta positiva acerca de las expectativas, lo que motiva a superar la situación. (p. 7)

Sociedad Española de Reumatología (2006), también establece que en el momento que el dolor se cronifica y permanece, el estado de ánimo se modifica y las emociones desadaptativas y pensamientos intrusivos tienden a incrementarse debido a que el deseo de terminar con la sensación se incrementa y las expectativas inciertas sobre las consecuencias respecto de una mejoría generan ansiedad, que se transforma en frustración cuando la expectativa de sanar disminuye. La depresión ocurre cuando la expectativa de una mejoría fracasa completamente.

Por lo tanto, ya no se espera terminar con el dolor y se llega a pensar que no es posible recuperar

el bienestar, porque surgen los recuerdos de experiencias pasadas, no se cuenta con estrategias adecuadas de afrontamiento y el aprendizaje acerca del dolor, producir creencias irracionales.

De acuerdo con la Revista Médica Clínica Las Condes (2014):

El 52% de los pacientes que presentan dolor persistente que cumple con los criterios de Trastorno Depresivo. Además, afirma que otros trastornos mentales asociados al dolor crónico son depresión mayor (56%), Trastorno debido al consumo de sustancias (14%) y Trastorno de ansiedad (11%). En cuanto a la personalidad, se encontró que 70% de los pacientes con dolor persistente desarrolla trastornos de personalidad, siendo los más comunes el Trastorno de personalidad paranoide (31%) y el Trastorno de personalidad limítrofe (28%). (p. 610-617)

Sin embargo, el Licenciado López, de acuerdo con su experiencia clínica y conocimiento, afirma que las personas con dolor crónico, que permanecen, a pesar de haberse resuelto el problema médico que lo causó; son personas que usualmente cuentan con una personalidad obsesivo-compulsiva. Porque tienden a prestar mayor atención a todas las sensaciones corporales y, la sensación de dolor permanece en el pensamiento persistentemente porque hiperreflexionan. Declara que “Aquello a lo que le pones tu atención, tiende a agravarse y aquello a lo que le quitas la atención, tiende a extinguirse”. (López, 2019)

Además, López (2019) expresa que las personas con personalidad pasivo-agresiva y las que tienden a ser masoquistas se caracterizan por tener actitudes negativas, derrotistas y hasta crueles consigo mismas; pudiendo exagerar la sensación dolorosa. Inclusive, afirma que llegan a percibirla como insoportable y desarrollan sufrimiento. Punto de partida del tratamiento psicoterapéutico porque es necesario que el terapeuta ayude al paciente a comprender la diferencia entre la sensación de dolor y el sufrimiento.

Como se estableció anteriormente, el dolor es una experiencia subjetiva desagradable que se asocia a un daño en el cuerpo con causa justificada. Mientras que en el artículo del Instituto Nacional de

Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” se cita a Deall (2011) quien define el sufrimiento como: “Es una experiencia individual, subjetiva y compleja que implica la asignación de un significado profundamente negativo ante un evento o una amenaza percibida. El sufrimiento tiene los siguientes elementos adicionales: aislamiento, desesperanza, vulnerabilidad y pérdida”.

Se puede decir que el dolor, es una sensación subjetiva, protectora que evita que la persona se cause un daño mayor y le permite huir rápidamente, casi siempre tiene una causa física comprobable. Mientras que el sufrimiento es una sensación subjetiva con una carga emocional negativa importante que implica desesperanza, pérdida y vulnerabilidad. Que, además, es opcional porque la persona elige no tomar responsabilidad ni decisiones para terminar con la experiencia.

El Licenciado López (2019) también, considera que personas con personalidad histriónica tienden a desear ser el centro de atención, cuentan con una forma subjetiva de verbalizar y sobre todo tienden a dramatizar y exagerar las emociones, la conducta y los pensamientos. Motivo por el cuál podrían perpetuar y profundizar la sensación dolorosa, hasta llegar a sentir sufrimiento.

López (2019) refiere que hay pacientes que probablemente cuentan con el trastorno o síntomas característicos de los trastornos de síntomas somáticos. Que se caracterizan por presentar síntomas persistentes como dolor y fatiga que causan angustia y no siempre se relacionan con una enfermedad física identificable. Muestran conductas, emociones y pensamientos más exagerados de lo normal. Además, presentan preocupación constante acerca de posibles enfermedades, sienten temor ante los síntomas, tienen pensamientos amenazantes, consultan frecuentemente al médico, presentan incredulidad y pocos resultados a los tratamientos farmacológicos y una elevada sensibilidad a presentar efectos secundarios de los medicamentos recetados.

Congruente con lo establecido en la Revista Médica Clínica Las Condes (2014) que menciona un estudio realizado por Dersh, Gatchel y colaboradores en 2006, en el cual se encontró que: el 65% de las personas que padecían dolor, especialmente en la espalda, fueron diagnosticadas con al menos un trastorno psicopatológico. Por lo que se puede concluir que el dolor crónico produce consecuencias patológicas graves, en el ámbito emocional.

Por lo tanto, el dolor crónico puede afectar la salud física, deteriorando el bienestar integral de la persona porque produce fatiga crónica, afecta los patrones normales de sueño, provoca anorexia, pérdida de peso y problemas gástricos, que afectan la salud.

1.6 Personalidad

Sollod, Wilson & Monte (2009) establecen que personalidad es una palabra que se deriva del griego *prosopon* que significa “delante de la cara”. Se asocia al teatro griego en el cual se hacía uso de máscaras para interpretar diferentes personajes y proyectar mejor la voz del actor. Al colocarse la máscara se oculta a la persona y se es capaz de interpretar diferentes roles, que impulsa a pensar si la máscara y la persona son opuestos, si son lo mismo o será que uno puede existir sin el otro; debido a que en la vida se interpretan diferentes roles y se puede decir que cada rol es un personaje a representar. Aunque también, se puede inferir que las personas suelen colocarse máscaras ante diferentes grupos sociales dependiendo de lo que deseen dar a conocer acerca de sí mismos.

Además, Sollod, Wilson & Monte (2009) afirman que la personalidad es un tema complejo que se ha intentado comprender y describir desde la antigüedad hasta la actualidad. Hipócrates describió cuatro tipos básicos de temperamento basados en la fisiología y son: sanguíneo que es el optimista; melancólico que es el depresivo; colérico que es el perfeccionista, enojado y el flemático que es apático. Luego, surgieron diferentes teorías explicativas de lo que normalmente acepta y describe una forma de ser, actuar y pensar que cabe dentro de la norma. Las explicaciones que cada enfoque ofrece, incluyen también, lo anormal debido a que se puede deducir principios de normalidad a partir de la patología y sus causas.

Existen diferentes teorías que explican y definen la personalidad, no existe un consenso que logre darle un significado único. En el libro *Teorías de la Personalidad: Debajo de la Máscara*, se establece: “a un teórico tal vez le interesen las variables periféricas que es fácil observar (la máscara) o bien las variables centrales que tocan el núcleo (la persona interna)”. (Sollod, Wilson & Monte 2009, p.2)

Esto se debe a que hay diferentes puntos de vista que dependen del tipo de enfoque psicológico, por ejemplo: los teóricos orientados hacia el enfoque Conductual le dan mayor importancia a la conducta y su modificación, mientras que otros consideran que lo más importante es el aspecto interno y el mundo inconsciente. En el libro Teorías de la personalidad se define personalidad como: “La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales”. (Seelbach, 2012, p. 9)

Sollod, Wilson & Monte (2009) refieren que el padre de la Psicología, Sigmund Freud, estableció que la personalidad se divide en tres partes: el Ello que es la parte de la personalidad que se ocupa de la satisfacción de impulsos y deseos; el Yo que actúa como mediador entre el Ello y el Superyó; y éste último se ocupa de lo moral y ético. Además, estableció que la personalidad es producto de una lucha entre los impulsos destructivos y la búsqueda del placer.

Tal y como se establece en el libro Teoría de la Personalidad: Debajo de la Máscara (2009), en el que se menciona lo dicho por Freud: “Pero esos dos descubrimientos, que la vida de nuestras pulsiones sexuales no puede ser del todo domeñada y que los procesos mentales son en sí mismos inconscientes...equivalen a afirmar que el yo no es dueño de su propia casa” (Sollod, Wilson & Monte, 2009, p. 53)

Sollod, Wilson & Monte (2009) afirman que Karen Horney estableció que la personalidad se desarrolla en la niñez, a partir del apego con la madre y el manejo que ella tiene sobre la ansiedad del niño. Si los padres no le proporcionan al niño un entorno seguro y afectuoso se produce en él, aislamiento y hostilidad. Impidiéndole un desarrollo normal del “*self real*”. Esto contribuye al surgimiento de una personalidad neurótica que Horney explica como la división entre el *self real* y el *self ideal*. Debido a que las metas del *self ideal* no son alcanzables, la persona se menosprecia y se aleja mucho más de su verdadero *self real*. La neurosis se entiende como una lucha entre el perfeccionismo deseado por el *self ideal* y el auto desprecio creado por el *self real* que no logra ser lo que desea.

Ruiz, Diaz y Villalobos (2012) mencionan a Albert Ellis, quién considera que:

El ser humano es un ser complejo biopsicosocial, capaz de aprender, que encuentra sentido a la vida estableciendo metas que alcanzar. Conduciéndose en este camino, el ser humano se encuentra con pensamientos absolutistas y dogmáticos que le llevan a experimentar malestar emocional, conductual y cognitivo derivado de acontecimientos activadores y que le producen una forma única de interpretar y percibir el mundo. (p. 321)

De acuerdo con el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2012), Aaron Beck establece que la mente del ser humano contiene esquemas o estructuras básicas de pensamiento que son consideradas como unidades principales de la personalidad. Estas unidades contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y de sí mismo. Además, afirma que la persona no responde automáticamente ante una situación, sino que primero percibe, clasifica, interpreta, evalúa y le asigna un significado que depende de los esquemas cognitivos almacenados en la memoria. Dándole una forma e interpretación personal y única a la vida.

A pesar de no haber una forma única de definir personalidad, todas las teorías establecen que las personas son seres únicos con pensamientos, creencias e interpretaciones de la vida muy particulares que se desarrollan desde la infancia, permanecen en la memoria y determinan e influyen la forma de comportarse, pensar y actuar de cada individuo. Esto explica el motivo por el cual, las personas definen el dolor de una forma particular y subjetiva, otorgándole a esta desagradable sensación cualidades que provienen de la memoria, experiencia y forma de interpretar la vida que está relacionado con el estilo de personalidad que desarrollaron desde la niñez.

López (2019) afirma, que la personalidad es uno de los aspectos determinantes en el desarrollo de dolor crónico, porque la personalidad es una forma en la que organizamos, percibimos, procesamos y reproducimos la información. También, el estilo de personalidad es la manera en la que yo mismo

me interpreto, me conozco y me expreso. La información está ahí para todos, cada uno de nosotros interpreta y selecciona aspectos de la vida de acuerdo con el tipo de personalidad.

De acuerdo con Caballo (2004) la personalidad cuenta con dos componentes: “Podemos hablar de la personalidad como una mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente)” (p. 27). Además, Caballo menciona a Cloninger *et al.* (1993), quién afirma que el temperamento es determinado e influye en la personalidad, genéticamente. Las personas nacen con la tendencia biológica para realizar actividades que le produzcan placer y evitar todo aquello que sea monótono y aburrido. Además, los seres humanos nacen con la tendencia conductual de evitar cualquier daño.

Cloninger *et al.* (1993) también establece que se cuenta con una tendencia innata para repetir y mantener conductas que son gratificadas y reforzadas. Aunque, el ser humano puede continuar llevando a cabo conductas aun cuando encuentre obstáculos. Autores como Costa y McCrae (1985), mencionados en el libro *Manual de Trastornos de la Personalidad* (2004), establecen que la personalidad cuenta con cinco factores temperamentales: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia y amabilidad, que se utilizan en pruebas psicométricas de personalidad para ofrecer una explicación sobre dicho aspecto.

El carácter es el componente de la personalidad que se determina debido a factores psicosociales aprendidos desde la infancia, que continúan desarrollándose a lo largo de la vida. Por lo tanto, es el aspecto que tiene relevancia en el desarrollo de trastornos de personalidad y que puede ser modificado en terapia, para que la persona mejore la calidad de vida, si así lo decide. Se puede decir que el carácter se construye de esquemas, descritos en el *Manual de Trastornos de la Personalidad* (2004) como: “las creencias básicas que utiliza un individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo (incluyendo a las demás personas) y el futuro” (Caballo, 2004, p. 28)

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) refieren que las creencias son el aspecto fundamental de la TREC, desarrollada por Ellis (1993), quién estableció que son los mecanismos por medio de los cuales, las personas desarrollan patologías psicológicas. Las dividió en: creencias racionales e irracionales.

Las primeras son cogniciones flexibles que le permiten al individuo la consecución de metas y se expresan por medio de gusto, desagrado y deseos o preferencias.

De acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) las creencias irracionales son cogniciones evaluativas, rígidas que tienen un carácter absolutista y dogmático, que se expresan por medio de “debería” y “tendría”. Se puede afirmar que son estas cogniciones las que se desarrollan en el momento que la persona presenta dolor crónico debido a la naturaleza de carácter absolutista, dogmático y evaluativo que tienen y que contribuyen al agravamiento de la sensación desagradable, porque se encuentran en la parte profunda de la mente y determinan la conducta, pensamiento y emoción, en todas las personas.

Por lo tanto, de acuerdo con lo expresado anteriormente acerca de la personalidad, la falta de consenso para definirla y el hecho de buscar en la patología, principios que brindan un parámetro de normalidad. Se puede decir que la personalidad es modificable debido a que una parte que la constituye es aprendida y está psicosocialmente determinada. Mientras, que otra parte de ésta, permanece inmutable determinando así el estilo particular de personalidad que constituye a cada persona de forma individual y única.

Dificultando el establecimiento exacto entre la normalidad que determina una forma aceptable y común de pensar, actuar y sentir. Phares (1988), citado en el Manual de trastornos de la personalidad (2004), considera que la personalidad es: “un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste en el tiempo y a través de las situaciones” (Caballo, 2004, p. 31)

Se puede decir que para determinar normalidad y anormalidad, es necesario observar la conducta, pensamiento y emociones de cada persona y establecer la funcionalidad y adaptación que la misma tiene a su ambiente y vida psicosocial.

Capítulo 2

Diagnóstico y Tratamiento

2.1 Diagnóstico clínico

El tipo de dolor a tratar en este artículo es el dolor crónico, debido a que es un padecimiento difícil de controlar y disminuir, porque puede incapacitar física y emocionalmente a un individuo. El dolor agudo, generalmente es un padecimiento que presenta una causa, se logra resolver relativamente rápido y no presenta consecuencias graves para la salud; siendo su intensidad directamente proporcional al daño ocasionado en el cuerpo.

De acuerdo con el Algólogo, Doctor Molina (2019), el dolor crónico se considera como un padecimiento o enfermedad que requiere apoyo multidisciplinario por su complejidad y consecuencias. Haciendo necesaria la evaluación y tratamiento, tanto del médico como del especialista en salud mental. Sin embargo, asegura que se le dificulta referir a los pacientes a terapia psicológica porque los mismos se presentan a consulta emocionalmente vulnerables y con una tendencia cultural de asociar el proceso terapéutico con “locura”; interpretándolo como ofensa, falta de sensibilidad y empatía por parte del médico tratante. (Molina, 2019)

Los pacientes que acuden a su consultorio son aquellos que presentan dolor que ha persistido a pesar de haber cesado la causa que lo originó y han recibido múltiples tratamientos poco exitosos o han sido mal diagnosticados. Generalmente, acuden a consulta con sentimientos de ansiedad, frustración y hasta depresión, debido a la persistencia del padecimiento y el fracaso terapéutico. Motivo por el cuál, la entrevista inicial, es de suma importancia para el desarrollo de empatía, buena comunicación y confianza con el paciente. Además, afirma que es necesario mostrarle sincero interés y consideración para que se sienta comprendido. (Molina, 2019)

No existe un protocolo definido para detectar dolor físico de tipo crónico debido a que es una sensación subjetiva y desagradable. Molina (2019), afirma que para determinar si el dolor es agudo

o crónico se necesita conocer el origen de éste, porque eso determinará su cronicidad. Lo explicó ofreciendo el ejemplo de la uña encarnada, el dolor se mantiene mientras no se extraiga la uña y permanezca la inflamación en el dedo. El dolor cesa al remover la uña y administrar el tratamiento adecuado para ese problema. Por lo tanto, la cronicidad de un dolor se determina a partir de la resolución de la condición que lo causó y el tiempo que dicha condición se tome en ser resuelta.

Molina (2019) afirma que para diagnosticar el dolor crónico, es necesario que el médico lleve a cabo una exhaustiva evaluación que tiene como primer objetivo, la elaboración de una historia clínica que incluye la anamnesis. Luego, se procede a elaborar una historia del dolor por medio de un relato acerca del inicio, características, intensidad, área del cuerpo en la que se presenta, curso y origen de éste. También, es importante conocer el tipo de trabajo que el paciente realiza con el propósito de determinar si esa es la causa del padecimiento. (Molina, 2019)

La Sociedad Española de Reumatología (2006) afirma que la intensidad de dolor es un aspecto subjetivo importante para cuantificar la sensación y determinar el tipo de tratamiento. Para ello se han establecido diferentes escalas como la numéricas que inicia en 0 y termina en 10, otras que utilizan frases como: “sin dolor” hasta llegar a “mucho dolor”. También, se hace uso de escalas visual-analógicas, que consisten en una línea que representa el continuo de dolor que inicia con “ausencia de dolor” y termina con “dolor insoportable”.

Según, Torres (2001) otro aspecto que se considera importante dentro de la evaluación de dolor, es la localización y distribución de éste en el cuerpo. Hay dolores que se originan en partes superficiales del cuerpo como piel o mucosas, que se mantiene en esa misma área. Mientras que algunos dolores poseen una localización incierta porque se originan en partes profundas del cuerpo como los órganos. De acuerdo con la distribución, el dolor puede ser circunscrito, proyectado, irradiado o reflejo. El dolor circunscrito es el dolor que se mantiene dentro del área donde se originó.

El dolor proyectado, es aquel que ocurre en cierta área y viaja a lo largo de un nervio o segmento, como el dolor producido por la inflamación del nervio ciático, que surge desde la espalda y se

proyecta a lo largo de pierna. El dolor irradiado es el tipo de sensación que se desplaza de un órgano o víscera hacia otro lugar como el dolor provocado por la inflamación de apéndice. Mientras que el dolor reflejo implica cambios vasomotores o distrofias del sistema nervioso simpático.

En el libro *Semiología de las Enfermedades Reumáticas* (2006), en cuanto a características, el dolor puede ser causado por alguna lesión superficial y la persona puede sentirlo como el tipo de dolor profundo que quema. Mientras que el dolor que se origina en órganos profundos es difuso y poco puntual. Después de la descripción y relato del paciente se procede a realizar un examen físico que incluye toma de signos vitales y revisión del área afectada, tomando en cuenta el aspecto, coloración, posible deformidad o atrofia en el cuerpo y área afectada.

Además, la Sociedad Española de Reumatología (2006) recomienda observar la postura general y evaluar simetría de ambos lados del cuerpo, curvaturas normales y anormales de la columna, también detectar daños como la anodinia o percepción anormal de dolor que surge a partir del roce de la piel y que puede ser síntoma de algún daño en la médula espinal. También, se evalúa el tono, volumen, potencia y posibles contracturas en los músculos. Es necesario observar las articulaciones ya que pueden estar inflamadas, presentando cambios de temperatura y forma.

El médico puede completar el diagnóstico para tener certeza del origen del dolor, haciendo uso de técnicas y aparatos modernos como la microneurografía, ultrasonido, tomografía, electromiograma, resonancia magnética, electroencefalograma y radiografías, entre otros.

2.1.1 Equipo y dispositivos para diagnóstico clínico

Con el propósito de ofrecer un diagnóstico acertado, el médico realiza una historia clínica basada en el examen físico, los síntomas que el paciente refiere y toda información pertinente que puede ayudar a construir una impresión diagnóstica. Luego, hace uso del equipo tecnológico, que tiene a disposición, para comprobar o descartar la hipótesis formulada a partir de la historia clínica y el examen físico.

Cuadro No. 3
Equipo y Dispositivos para Diagnóstico Clínico

Equipo	Descripción	Utilidad
Microneurografía	Pequeño electrodo, se inserta en el tronco nervioso de las extremidades.	Mide la actividad normal del impulso nervioso periférico para conocer de activación nerviosa durante el dolor.
Ultrasonido o ecografía	Aparato no invasivo que utiliza ondas de sonido para reproducir imágenes de estructuras internas del cuerpo.	Produce ondas de sonido para transmitir imágenes. Dichas ondas no pueden atravesar el vacío.
Tomografía computarizada TC	Aparato no invasivo que consta de una plancha que se inserta dentro de una cápsula.	Produce imágenes con cortes finos de las estructuras internas del cuerpo, incluyendo el cerebro y vísceras.
Electromiografía EMG	Aparato con pequeñas agujas que se insertan en diferentes terminaciones nerviosas.	Utilizado para determinar trastornos musculares y nerviosos midiendo su potencial.
Resonancia magnética RM	Aparato que usa campo magnético y ondas de radio para producir imágenes, realineando átomos de hidrógeno en el cuerpo.	Se utiliza para producir imágenes de las estructuras internas del cuerpo. Produce imágenes con cortes delgados de las estructuras del cuerpo.
Electroencefalograma EEG	Dispositivo no invasivo que consta de electrodos que se colocan sobre la cabeza.	Se utiliza para medir la actividad eléctrica de la corteza cerebral que resulta de la excitación e inhibición pos sináptica. Además, evalúa el flujo sanguíneo y metabolismo cerebral.
Radiografía (Rayos X)	Aparato no invasivo que produce imágenes de las estructuras óseas del cuerpo por medio de rayos X que atraviesan y colorean de blanco los huesos.	Se utiliza para confirmar o descartar cuerpos extraños dentro de las estructuras internas del cuerpo. Huesos fracturados y enfermedades que pueden ocasionar dolor.
Pruebas de laboratorio clínico	Aparatos que utilizan fluidos corporales como suero sanguíneo que se inserta en pequeñas cantidades dentro del aparato.	Se utiliza para descartar o confirmar diferentes condiciones o enfermedades que pueden producir dolor como: paludismo, dengue, etc.

Fuente: elaboración propia con base a datos de Siegelman (2005), Piñeiro (2005), Bushong (2005), Barnett (1983).

2.1.2 Instrumentos de evaluación

Además, de la evaluación clínica realizada por el médico y la utilización de aparatos tecnológicos para descartar o comprobar alguna dolencia o condición que pueda explicar el dolor crónico; se puede hacer uso de instrumentos o pruebas que evalúan la conducta característica del dolor. Para determinar y comprender la sensación que el paciente experimenta y el aprendizaje que ha desarrollado a partir del mismo. Estos instrumentos pueden ser utilizados tanto por médicos, como por especialistas en salud mental.

2.1.2.1 Diarios de dolor

Torres y Compañ (2006) afirman que son instrumentos diseñados para que el paciente lleve registro diario de frecuencia, intensidad, duración y calidad del dolor que experimenta y las actividades que modifican la sensación. Además, se puede incluir el consumo de medicamentos para conocer el tipo, cantidad y frecuencia con la que el paciente los consume. Brindándole al médico y terapeuta información valiosa acerca de la conducta que presenta el paciente, ante la sensación desagradable de dolor y puede ser determinante para el seguimiento del tratamiento. La desventaja que presenta este tipo de evaluación es el sesgo producido por la mala información que el paciente puede proporcionar. Puede ser contrarrestada ofreciendo el mismo diario a familiares cercanos para comparar los resultados.

2.1.2.2 Cuestionarios para evaluar dolor

En la Revista de Psicología de la Universidad de Chile (2003) se describe el cuestionario psicométrico de dolor McGill, *McGill Pain Questionnaire-MPQ*, (Melzack, 1975, 1985; Melzack y Katz, 1992) que cuenta con 84 ítems que evalúan tres dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa de la sensación. Además, cuantifica la intensidad de dolor que permite hacer conclusiones acerca de la influencia que tienen los factores sensoriales y emocionales sobre el dolor.

Sin embargo, presenta problemas psicométricos que pueden restar validez, debido a que contiene descripciones evaluativas que en realidad describen aspectos afectivos, que generan dudas de comprensión. Además, no muestra balance entre las dimensiones que se traduce en poca estabilidad factorial (Boyle, Fernández & Ortet, 2003, p. 228-236). A pesar de los problemas descritos, es uno de los cuestionarios más utilizados porque contiene las tres dimensiones utilizadas para determinar y comprobar la sensación de dolor: afectiva, sensorial y evaluativa.

Herrero et al. (2002) afirma que el Cuestionario de dolor en español (CDE) auto administrado, evalúa tanto el dolor agudo como el crónico, también evalúa las tres dimensiones involucradas en el dolor: afectiva, sensorial y evaluativa. Además, se obtienen resultados de la intensidad total y la intensidad actual del dolor.

Según Olivares y Cruzado (2008) en la revista Clínica y Salud del Colegio de Psicólogos de Madrid; el Inventario Multidimensional del Dolor de *West Haven-Yale* (1985) cuenta con doce escalas y 20 ítems, que evalúan la experiencia de dolor en cuanto a intensidad, interferencia en las actividades diarias, grado de satisfacción con la situación actual y el control que tiene sobre la vida, el dolor. Además, evalúa la ayuda, que la persona con dolor recibe de otras personas y recoge retroalimentación de personas cercanas al paciente. También, puede ser de mucha utilidad para evaluar el estado emocional del paciente.

El Cuestionario Breve de Dolor, *Wisconsin Brief Pain Inventory* BPI, (Cleeland, 1989; Cleeland, 1990; Cleeland, 1991; Cleeland & Ryan, 1994), fue creado para ser utilizado en estudios clínicos de epidemiología para medir la efectividad de los tratamientos analgésicos. Cuenta con 15 ítems que permiten al médico y terapeuta obtener información acerca de los medicamentos que brindan mejor resultado analgésico. Se ocupa de evaluar la intensidad y el nivel de impacto que el dolor tiene en la vida diaria y actividades del paciente. Se ha utilizado en pacientes que presentan enfermedades oncológicas.

De acuerdo con Herrero et al. (2018), la Escala *Pain Detect* PD-Q (2004) es un cuestionario que puede ser auto administrado y también puede ser administrado por el médico o terapeuta. Cuenta

con nueve ítems que se utilizan para describir la intensidad y calidad del dolor neuropático que permite cuantificar el dolor y determinar si es neuropático o nociceptivo. Además, brinda información acerca de niveles de ansiedad, estado de ánimo y hábitos de sueño.

Se tomó como referencia varios de los instrumentos anteriores para crear un cuestionario que incluyera no solamente la sensación física, sino las emociones asociadas a la causa del dolor con el propósito de evaluar una pequeña muestra de la población adulta en la Ciudad de Guatemala.

Existe un sin número de cuestionarios e inventarios que se utilizan para evaluar dolor y hay otros más que se circunscriben a partes específicas del cuerpo.

2.2 Tratamiento

Los tratamientos disponibles para el dolor agudo como crónico son diversos.

2.2.1 Terapia farmacológica

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida, salud física y emocional del paciente, los médicos pueden hacer uso ético de medicamentos que administran individualmente a cada persona según la condición y dolencia que presentan. De acuerdo con Molina (2019) los medicamentos no tienen los mismos efectos terapéuticos, en todas las personas, debido a una serie de aspectos como absorción, interacción y tolerancia entre otros; por lo que no siempre se obtiene un buen resultado generalizando de la terapia farmacológica. Afirma que es necesario evaluar cada caso.

Cuadro No. 4
Terapia Farmacológica

Tipo de Medicamento	Descripción	Características	Efectos Secundarios
	Conocido como aspirina, controlan dolor de intensidad baja a moderada y	Proviene de la corteza del árbol del sauce. Inhibe la ciclooxigenasa que	Produce sangrado por sus propiedades antitrombóticas. Molestias estomacales

Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos AINES	fiebre. Derivado del ácido acetilsalicílico, indenacético y heteroarilacético.	bloquea la biosíntesis de prostaglandina y tromboxano, responsable del dolor e inflamación.	que pueden llegar a producir gastritis, úlcera y sangrado grave.
Analgésicos derivados del p-aminofenol AINES	Conocido como acetaminofén o paracetamol. Tiene propiedades antipiréticas y no desinflamatorias. Se utiliza para controlar fiebre y dolor leve a moderado.	Inhibe la ciclooxigenasa que bloquea la biosíntesis de prostaglandina y tromboxano, responsable del dolor.	No produce inflamación en la mucosa estomacal.
Antinflamatorios no esteroide de nueva generación AINES	Conocido como etoricoxib o exinef. Se utiliza para controlar el dolor moderado a intenso.	Inhibe selectivamente la ciclooxigenasa-2. Con efecto analgésico y des inflamatorio de larga duración.	Produce dolor e irritación gástrica que puede causar gastritis o úlceras.
Esteroides	Conocidos como corticoesteroides orales e inyectados. Se utilizan para desinflamar y reducir el dolor moderado a intenso. Efecto rápido y de larga duración.	Cuenta con propiedades inmunosupresoras que contribuyen a mejorar enfermedades inmunológicas. Se utilizan para tratar dolores crónicos.	Pueden producir osteoporosis, insomnio, problemas cardíacos, psíquicos, irritación gástrica y necrosis aséptica en cadera y hombro.
Analgésicos secundarios	Son medicamentos que no están indicados para tratar dolor. Sin embargo, son efectivos para tratar dolores específicos. Inhiben la serotonina y noradrenalina. Tratan dolor moderado a intenso.	Se les conoce como antidepresivos: centralina, duloxetina y benlafaxian. Antiepilépticos como la carbamacepina. Se administran en combinación con analgésicos y des inflamatorios.	Algunos pueden causar adicción, daño hepático, náusea, vómitos, visión doble, dolor de cabeza y somnolencia si se utilizan por períodos prolongados.
Opioides	Conocidos como narcóticos: codeína, hidrocodona, hidromorfona, meperidina, oxicodona, tramadol, morfina y fentanilo.	Derivados del opio que se absorbe mejor en el SNC por su liposolubilidad. Analgésico y anestésico potente.	Producen adicción con el uso de más de diez días. Además, produce tolerancia. Evitar su uso para tratar dolores crónicos.
	Se utiliza para tratar dolores agudos y crónicos. Se inyecta en diferentes partes de la	Se utiliza procaína y lidocaína inyectada en pequeñas cantidades en la piel. Corrige	Sensibilidad a la lidocaína y procaína. No presenta efectos secundarios.

Terapia Neural Huneke	piel donde se encuentran las terminaciones nerviosas. Debe ser administrado por médico especialista.	alteraciones bioeléctricas del organismo. Repolarizando y estabilizando las membranas celulares, mejorando permeabilidad.	
-----------------------	--	---	--

Fuente: elaboración propia con base a datos de Mendoza (2008), Gennaro (2003)

2.2.2 Terapia física

Gallego (2007) establece que otra forma de aliviar el dolor crónico producido por accidentes, cirugías o enfermedades es la fisioterapia que se utiliza en conjunto con la terapia farmacológica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, mencionada por Gallego (2007), fisioterapia es:

El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad. Además la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular... así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución. (p. 196)

Se trata de los diferentes métodos, con base científica, que se combinan con instrumentos y otras técnicas para rehabilitar y mejorar la fuerza, movilidad y coordinación del cuerpo. También, aliviar el dolor causado por lesiones, accidentes, enfermedades o cirugías. Promoviendo una evolución y recuperación adecuada del paciente para que regrese a sus actividades cotidianas. Siendo una buena opción para tratar el dolor crónico sin efectos secundarios.

2.2.3 Terapias alternativas

De acuerdo con el artículo en el sitio web de la Organización Mundial de la salud [OMS] (2013), terapias alternativas son: “un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal”.

Para aliviar el dolor también se puede hacer uso de otras terapias que no forman parte de la tradición médico-científica y que pueden aportar beneficios a la salud.

De acuerdo con Muñoz (2015) el Cannabis CBD es una especie vegetal de la cual se derivan el cáñamo o hemp y la marihuana. El cannabis contiene un psicoactivo llamado tetrahidrocanabinol (THC), que se encuentra en mayor concentración en las flores y hojas superiores de la planta hembra. Se puede introducir al cuerpo por medio de la inhalación de las hojas secas en forma de cigarrillo y su efecto se consigue en pocos minutos, con una duración aproximada de cuatro horas. En los últimos años se le ha atribuido propiedades medicinales a esta planta.

El THC es un componente activo que produce un efecto eufórico psicoactivo que estimula la actividad cerebral, provocando descoordinación motriz, hambre, cambios en la conducta y personalidad. Además, produce distorsiones y dificultades en la percepción, pensamientos, memoria a corto y largo plazo, aumento en el ritmo cardíaco y reducción de la ansiedad; según Muñoz (2015).

Además, Muñoz (2015), afirma que los receptores de cannabinoides CB1 y CB2 normalmente reciben cannabinoides endógenos como la anandamida (AEA), responsable de los procesos de dolor, apetito, placer y recompensa. Producidos por el cerebro y que responden ante estímulos. Estos receptores son los que reciben el tetrahidrocanabinol del cannabis, mientras el cuerpo reduce la producción de anandamida. Estos receptores se encuentran en los ganglios basales, cerebelo, partes del hipocampo, corteza cerebral, en menor cantidad en el hipotálamo, tallo cerebral y médula espinal. También, se encuentran en el corazón, próstata, útero, ovarios, brazos, piernas, amígdala y sistema inmune. Por lo que el cannabis accede a todo el cuerpo.

Muñoz (2015), autora de Cannabis en el tratamiento del dolor crónico no oncológico de la Revista Hospitalaria Clínica Universitaria de Chile, afirma que el cannabis es moderadamente efectivo para aliviar dolor crónico, no lo alivia por completo. Además, tiene efectos secundarios a corto plazo como fatiga, somnolencia, mareo y debilidad. Presenta otros efectos menos frecuentes como

ideaciones suicidas, alucinaciones, confusión y cambios conductuales que ceden al suspender el uso del cannabis, administrados de forma oral, vaporizada, fumada y en espray.

La publicación de *The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* (2017) acerca de los efectos del cannabis y cannabinoides sobre el dolor crónico, estableció que existe evidencia substancial que afirma que el cannabis es efectivo para tratar dolor crónico en adultos.

Aunque concluyó que el cannabis no es muy efectivo para tratar fibromialgia (*The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*, 2017). Se puede decir que el cannabis es efectivo para tratar dolor crónico. Sin embargo, produce efectos secundarios que impiden el desarrollo normal de actividades por sus propiedades alucinógenas y adictivas que no pueden obviarse y que podrían producir un trastorno psicótico.

De acuerdo con Carrion (2011), la acupuntura es una técnica médica ancestral que se creó en 2500 A. C. y se practicó en China, para disminuir el dolor y balancear el cuerpo con el propósito de obtener bienestar y salud. La teoría establece que las enfermedades aparecen como consecuencia del desequilibrio de energía. Esta técnica consiste en insertar agujas pequeñas en ciertos puntos precisos del cuerpo, conocidos como los doce puntos de acupuntura o meridianos, que son receptores de fibras nerviosas, que atraviesan el cuerpo de forma longitudinal y están interconectados entre sí. Formando un circuito cerrado que se subdivide en ramificaciones y se extienden por todo el cuerpo.

Carrion (2011), también afirma que los puntos de acupuntura tienen acción sobre el área que cubren y además tienen un efecto sobre músculos, tendones, vasos sanguíneos, sistema nervioso autónomo, huesos, sangre, órganos, zona alta, media y baja del cuerpo, aparatos y sistemas del organismo. Actúan sobre el meridiano en donde se encuentran ubicados los puntos de acupuntura o receptores nerviosos, movilizándolo el flujo de energía conocida como Chi o Qi. Tienen efectos fisiológicos establecidos y comprobados científicamente.

Es una técnica probada y estudiada que puede mejorar y suprimir el dolor crónico, porque contribuye a la estimulación y producción de analgésicos naturales que mejoran la conducción eléctrica en las fibras nerviosas; de acuerdo con lo establecido por Carrion (2011). Se puede decir que sus beneficios dependen de la frecuencia con la que acuda el paciente a tratamiento y la experiencia del médico que la aplique.

De acuerdo con la *Mayo Clinic* (2018), este tratamiento no invasivo representa bajo riesgo y pocos efectos secundarios, si se acude con una persona certificada y competente. Además, con la utilización de agujas desechables, se minimizan los riesgos de contagio de enfermedades e infecciones.

Según el libro *Alternative Medicine* (1995), la acupuntura y la terapia neural Huneke cuentan con principios parecidos para tratar enfermedades y dolores, porque se ocupan de la estimulación de receptores de fibras nerviosas que se encuentran en todo el cuerpo y que conducen energía a través de impulsos eléctricos. Ambas, son poco invasivas y no producen efectos secundarios que podrían limitar o evitar su uso a largo plazo. Pueden ser la mejor opción para tratar el dolor crónico sin consecuencias negativas para la salud física y emocional del paciente.

Capítulo 3

Terapia Cognitivo-Conductual

3.1 Antecedentes del modelo

El Modelo Cognitivo-Conductual se desarrolló a partir de las carencias del Modelo Conductual, para explicar la complejidad de la conducta humana en base a estímulo y respuesta. Sobre todo debido a que el Psicoanálisis no proveía resultados favorables en la aplicación de las técnicas para tratar pacientes. Tal y como se establece en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual (2012): “Al igual que Ellis, Aaron T. Beck desencantado con los resultados del psicoanálisis había comenzado a reflexionar sobre la génesis y los mecanismos de cambio subyacentes a los trastornos de sus pacientes y a cambiar consecuentemente su forma de praxis clínica” (p. 366).

De acuerdo con Caro (1997) el Modelo Conductual se inició con los estudios y experimentos llevados a cabo por Ivan Pavlov y James Watson acerca del aprendizaje y el condicionamiento clásico. Pavlov era un fisiólogo ruso que logró demostrar la asociación entre la respuesta fisiológica de los perros y el estímulo de la campana, conocido como aprendizaje estímulo respuesta (E-R). Además, estableció que Watson, Doctor en Psicología, afirmó que los seres humanos nacen con emociones como la ira y el amor; y que las personas adquieren la conducta asociando el estímulo y la respuesta.

Según Sollod, Wilson & Monte (2009), establecen que Frederic Skinner con el condicionamiento operante descubrió que la conducta se explica a partir del refuerzo que determina la permanencia o desaparición de ésta. Albert Bandura incluyó la dimensión social a la conducta porque descubrió que el ambiente influye en el aprendizaje y que los seres humanos son capaces de aprender, llevando a cabo procesos de evaluación acerca de la conducta ajena en la aplicación propia.

El enfoque Cognitivo por su parte, considera que los pensamientos producen y mantienen las patologías. Las personas no responden a un estímulo directamente porque el procesamiento de datos es más complejo que lo explicado por el modelo conductual; tal y como lo establecen Ruiz, Díaz & Villalobos (2012):

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos. (p. 368)

Los precursores de la Terapia Cognitiva son Albert Ellis quién se mostró descontento con el Psicoanálisis debido a que en la práctica clínica observó que sus pacientes se beneficiaban más modificando las creencias y actitud ante la vida, que logrando el *insight* de las experiencias problemáticas de la infancia del Psicoanálisis. Expresado en el Manual de Terapia Racional Emotiva (2003):

En gran parte sobre la base de mis experiencias clínicas, trabajé al comienzo de los años 1950 en descubrir la gran ineficacia del psicoanálisis y en desarrollar técnicas más racionales y más claramente eficaces con mis clientes. Y al hacer esto, comencé a elaborar la teoría RET. (p. 18)

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) también afirma que Aaron Beck observó y descubrió que sus pacientes mantenían pensamientos conscientes en forma de imágenes o comentarios, rápidos que les producían dolor emocional, llamándolos pensamientos automáticos. Desarrolló la terapia cognitiva a principios de los años sesenta, influido por el psicoanálisis de Sullivan y Horney, los trabajos de George Kelly y la teoría de los constructos personales; la Terapia Racional Emotiva de Ellis y los trabajos y teorías de Frank, Berner y Lazarus.

3.2 Fundamento

El nuevo modelo, Cognitivo-Conductual se basa en la importancia que tiene la cognición en la adquisición, mantenimiento y cambio conductual, porque es mucho más complejo que la asociación entre el estímulo y respuesta, de acuerdo con lo establecido por Oblitas (2008).

Ruiz, Diaz & Villalobos (2012) refieren que la teoría del Modelo Cognitivo-Conductual combina la teoría del Enfoque Conductual sobre el aprendizaje como resultado de una respuesta evocada por un estímulo; con la teoría del Enfoque Cognitivo que incluye a la cognición en los procesos de aprendizaje, memoria e interpretación. Ofreciendo una explicación adecuada a la compleja conducta humana. Sobre todo, cuenta con una base científica con la cual se lleva a cabo la puesta en práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual [TCC], para abordar la diversidad de problemas y trastornos que presentan los pacientes que acuden en busca de apoyo psicológico.

De acuerdo con la TCC las personas desarrollan problemas emocionales debido a la forma equivocada en la que perciben, procesan e interpretan la información que reciben del medio en el que interactúan, afirma Ruiz, Díaz & Villalobos (2012).

Ellis y Grieger (2003) afirman que Ellis es uno de los fundadores de la TCC, quién estableció que las personas adquieren trastornos o problemas psicológicos debido a creencias irracionales. Es el creador de la Terapia Racional Emotiva (TRE) a la que posteriormente agregó la conducta (TREC), debido a que descubrió la relación directa que hay entre pensamiento, emoción y conducta. Comprobó que las personas que tienen creencias irracionales desarrollan emociones disfuncionales que producen conductas desadaptativas. Modificando la cognición son capaces de cambiar las emociones y conductas que les provocan dolor emocional.

3.3 Terapia Racional Emotiva Conductual TREC

De acuerdo con Ellis y Grieger (2003) la TREC inició como Terapia Racional en 1957, debido a que las creencias irracionales tenían un papel importante en el desarrollo de problemas emocionales

y patologías. Al modificarlas, las personas lograban cambios importantes en conducta y emoción. Ellis decidió renombrarla al otorgarle importancia a las emociones, en 1961 la llamó Terapia Racional Emotiva, TRE. En 1993, sustituyó el nombre por Terapia Racional Emotiva Conductual TREC, debido a que descubrió la importancia que tiene la conducta.

Ellis, influido por filósofos como Epicteto y Marco Aurelio, que creían que el ser humano es un ser racional con consciencia individual. Basa su teoría en la frase de Epicteto, citada en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales: “Los hombres no se perturban por las cosas, sino por cómo se las toman” (Ruiz, Días & Villalobos, 2012, p. 321)

Ruiz, Días & Villalobos (2012) establecen que las personas desarrollan malestar emocional debido a la forma como procesan e interpretan la información recibida del ambiente. Lo cual se debe al tipo de información almacenada, la experiencia adquirida, la forma de afrontar y el estilo de personalidad desarrollada desde la infancia porque los seres humanos son seres biopsicosociales. Influidos por la herencia, el ambiente, la mente, sus procesos y las relaciones con otros. Se puede decir que las personas son seres complejos que además cuentan con una tendencia innata para proponerse metas como permanecer vivo y evitar el malestar, intentando vivir orientados hacia el bienestar. Además, son capaces de desarrollar creencias irracionales que pueden modificar, si así lo desean.

Según Ellis, las personas desarrollan creencias racionales e irracionales que producen una serie de pensamientos y emociones que le provocan determinada conducta. Las creencias irracionales que producen malestar emocional son descritas en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2012) como: “cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, se expresan de forma rígida con términos tales como *debería de* y *tendría que* y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad” (Ruiz, Días & Villalobos, 2012, p. 324)

De acuerdo con Ruiz, Días & Villalobos (2012) las creencias racionales que ayudan a las personas a lograr sus objetivos y alcanzar metas, son definidas como: “cogniciones evaluativas de

significado personal que son de carácter preferencial que se expresan en forma de “deseo”, “preferencia”, “gusto”, “agrado”, y “desagrado. Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente sus metas y propósitos” (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 323)

Ellis y Grieger (2003) afirman que los seres humanos cuentan con la tendencia innata de pensar irracionalmente, son dinámicos y orientados hacia la consecución de objetivos y metas que se trazan a lo largo de la vida. Además, son capaces de conseguir el éxito y alcanzar aquello que se proponen debido a las creencias racionales. También, desarrollan dolor emocional debido a que adquieren creencias que frecuentemente escuchan de las personas que los rodean y de la conducta que otros modelan. Cada persona tiene una forma única de procesar la información, interpretar el ambiente y el mundo en el que vive porque cuenta con una forma de hacerle frente a los problemas, exclusiva y propia que produce un sistema de creencias particular.

Se puede decir, entonces, que el dolor crónico, sensación subjetiva que surge a partir de la experiencia que la persona desarrolló y almacenó en la memoria. De lo que observó en otras personas, la forma particular de procesar, sentir, interpretar y enfrentar el dolor. Puede producir cogniciones irracionales perdurables que pueden comprobarse una y otra vez debido a que la sensación desagradable, no cesa y puede agravar o mantenerse a lo largo del tiempo, provocando malestar emocional profundo.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) mencionan que más que categorizar el pensamiento irracional, Ellis otorga mayor importancia a cuatro formas de pensar que tienden a ser ilógicas, rígidas, extremas e interfieren con la consecución de metas. Siendo, el catastrofismo, las demandas o exigencias, la baja tolerancia a la frustración y la depreciación o condena global de la valía humana.

De acuerdo con López (2019) es probable que una persona que se accidenta, la intervienen quirúrgicamente o padezca de una enfermedad terminal; desarrolle dolor crónico a partir de dicho evento y cuente con un estilo de personalidad rígida y autoexigente que le produzca cogniciones absolutistas como: “tengo que sanar para salir adelante” o “este dolor debería desaparecer” “como

soy una persona mala, Dios me castiga con este dolor”; que le provocan ansiedad y preocupación.

Además, López (2019) afirma que la persona puede desarrollar una forma de pensar catastrofista con la cual evalúa el dolor como una sensación terrible y horrible que no puede soportar; disminuyendo la expectativa de sanar porque ha exagerado la sensación, que posiblemente contribuya a un dolor emocional profundo e intenso que no sea producto de un trastorno mental ni una enfermedad física.

De acuerdo con la TREC, las emociones que las personas sienten se clasifican en funcionales, negativas o positivas y disfuncionales, positivas o negativas.

Cuadro No. 5
Emociones Negativas y Creencias

Emociones Negativas Insanas	Creencia Irracional Asociada	Emociones Negativas Sanas	Creencia Racional Asociada
Ansiedad	“He estudiado mucho para este examen. No debería bajo ningún concepto suspender, si ocurre, sería terrible”	Preocupación	“He estudiado mucho para este examen. Espero no suspender, porque sería mala suerte”
Depresión	“No debería haberse ido mi hijo de casa. Es terrible que se haya ido”	Tristeza	“Siento mucho que mi hijo se haya ido de casa, pero no hay razón por la que no deba haberse ido”
Vergüenza	“He metido la pata. Es terrible, no debería haberlo hecho. Todos pensarán que soy un auténtico estúpido”	Decepción	“He metido la pata pero que le voy a hacer”
Culpa	“Me he enfadado con Juan sin razón. Cómo he podido ser tan vil. No debería nunca hacer estas cosas, no tengo perdón”	Remordimiento	“Me he enfadado con Juan sin razón. La verdad es que lo he hecho fatal. En cuanto le vea le pediré disculpas”
Ira	“Ese chico es un sinvergüenza, se ha colado y es inadmisibile. Tendría que haber hecho lo que	Enfado	“Vaya cara que tiene ese chico, se ha colado, podría haber esperado su turno como todos”

	debe como hacemos todos: esperar su turno”		
--	---	--	--

Fuente: *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*, (2012).

De acuerdo con lo establecido por Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), en el caso del dolor crónico, se puede decir que las emociones derivadas de esta sensación, son negativas y disfuncionales porque producen frustración y/o ansiedad que no le permite al paciente afrontar y resolver la sensación dolorosa de forma racional y adecuada. La persona está incapacitada para pensar y actuar de forma racional. No es capaz de utilizar estrategias adecuadas que le permitan tomar decisiones que le acerquen más a superar el dolor.

Además, Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), afirman que este modelo establece que las personas sufren debido a que defienden su filosofía construida en base a creencias, experiencias almacenadas en la memoria, la forma de interpretar, afrontar el mundo y los problemas. Tales creencias serán probadas en toda ocasión y las personas se colocan en posiciones o situaciones que los conducen a comprobar aquello que piensan y creen. Porque todo aquello que la mente cree, se convierte en una realidad para la persona.

Tal y como lo expresa Ellis en el Manual de Terapia Racional-Emotiva (2003), al ejemplificar una creencia: “Lo que tiende a probar, de nuevo, que la depresión y la inercia acerca de la pérdida de uno o más trabajos no brota de la pérdida misma sino de lo que *te dices* a ti mismo por la pérdida, desde B, tu Sistema de Creencias.” (Ellis & Grieger, 2003, p. 21) El diálogo interno que se genera a partir del sistema de creencias que una persona construye, puede ayudar o impedir que salga adelante y logre sus metas.

Por lo que se hace necesario no solo identificar el estilo de personalidad, las experiencias vividas, las estrategias de afrontamiento, la forma de percibir, procesar e interpretar la información; sino también descubrir aquello que se dice la persona, en el momento que siente dolor crónico y que produce una pérdida de la expectativa de terminar con esa sensación desagradable. Ya sea porque sus creencias lo limitan o porque enfrenta una enfermedad crónica o terminal.

Además, Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), establecen que las personas que desarrollan estas patologías y las mantienen, carecen de tres *insights* y muestran las siguientes actitudes: intentan cambiar las situaciones en las que sintieron emociones perturbadoras y no modifican las creencias irracionales que surgieron a partir de esa situación; modificando lo externo y no lo interno. Tienden a buscar el origen del malestar emocional y las creencias irracionales en lugar de enfocar su atención en modificarlas. También, son personas que carecen de disciplina para poner en práctica las creencias más racionales, funcionales y desaprender las irracionales que se encuentran arraigadas y profundas; debido a que fueron aprendidas en la infancia.

López (2019), recomienda la utilización de la TREC para tratar a personas con dolor crónico debido a que es necesario modificar las creencias irracionales y colocar en su lugar, otras más racionales y funcionales. Para ello, la TREC cuenta con el modelo ABC en el que la inicial A es el acontecimiento o situación adversa. B es la creencia o *belief* que representa el sistema de creencias o filosofía de vida de la persona; que ha adquirido a través del aprendizaje, las experiencias, la forma de adquirir, procesar e interpretar los sucesos de la vida. C es la inicial que representa las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas que la persona desarrolla a partir de la evaluación de una situación adversa para la cual tiene una creencia.

Ellis y Grieger (2003), recomiendan que primero se indague y se establezca la situación o acontecimiento, A, en el que el individuo se sintió emocionalmente afectado. Luego, se le pide que refiera las consecuencias, C, emocionales, cognitivas y conductuales que desarrolló a partir del acontecimiento. Por último, se le pide, al individuo, que exprese la creencia que surgió ante el acontecimiento A, que le provoca consecuencias C. Tanto la A, como la C son relativamente fáciles de encontrar, lo difícil es encontrar la creencia, B y debatirla para que el paciente comprenda que tiene una creencia irracional y acepte modificarla; y no siempre sucede.

Según Ellis (2003), la forma más adecuada para descubrir la creencia irracional (Bi) es comprendiendo la forma de pensar del individuo respecto de las demandas y exigencias que la persona tiene consigo misma: “debería” y “tendría”. Pero, no todas las creencias irracionales dependen de esta forma de pensar por lo que es necesario conocer las afirmaciones irreales y poco

empíricas que expresa la persona. Ellis, en el Manual de Terapia Racional-Emotiva (2003) afirma que: “como ser humano que eres, tiendes a hacer súper generalizaciones anti empíricas porque tienes (Cfr. Pág. 9) un programa <<de necesidad-perturbación>> escondido (*masturbatory*) en tu mente” (p. 22).

Según, la afirmación de Ellis, en el Manual de Terapia Racional-Emotiva (2003), las personas tienden a necesitar sentirse emocionalmente perturbadas porque pueden ver el mundo de una forma distorsionada, hacen afirmaciones que no pueden comprobar porque no están basadas en la experiencia. Además, tienen una forma exigente y demandante de pensar que contribuye a irracionalidad del pensamiento, emoción y conducta, que produce dolor emocional.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), refieren que el individuo que adquiere la filosofía TREC está dispuesto a aceptarse a sí mismo, sin hacer valoraciones de su persona en base a logros, metas o comentarios de otras personas. Está consciente de su naturaleza como humano y está dispuesto a disfrutar y divertirse con lo que tiene. Es un ser capaz de aceptar la responsabilidad por sus emociones, pensamientos y conductas disfuncionales; sabiendo que es necesario cambiar su interior y no las situaciones o a los demás porque no busca culpables fuera de sí mismo. Sabe que puede tomarse tiempo para ayudar a otros con un límite; debido a que toma responsabilidad de su propio ser.

3.4 Técnica de Hipnosis Cognitivo-Conductual

Después de conocer la forma como la TREC puede abordar la parte emocional y psicológica que surge como resultado del padecimiento de dolor crónico. Es necesario tomar en cuenta que algunas personas van a vivir irremediamente con este tipo de sensación subjetiva desagradable porque es parte de una condición física. Por ejemplo, una enfermedad autoinmune, como la fibromialgia. También, puede ser parte de los síntomas profundos y severos de enfermedades terminales como el cáncer. El trabajo multidisciplinario que se lleva a cabo entre el médico tratante y el terapeuta para apoyar al paciente que presenta tal condición, es vital para que acepte y logre convivir con el dolor crónico.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), afirma que la técnica de hipnosis desde el Modelo Cognitivo-Conductual es una postura científica desarrollada por Hippolyte Bernheim, quien experimentó un fuerte dolor de nervio ciático que no cedía con tratamiento farmacológico. Por lo que decidió acudir con un compañero de estudios para que le aplicara hipnosis, notando una mejoría en la inflamación y el cese completo del dolor.

Además, Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), afirman que se estableció, como sustento de esta práctica, la sugestión o aceptación de una idea para modificar la conducta. No se trata de una aplicación fantasiosa, oscura de la magia negra o sensacionalista que forma parte de un show. Las personas se muestran incrédulas y frecuentemente se resisten a utilizarla debido a que creen que por medio de ésta, el terapeuta, logrará controlar su mente.

Es una técnica que cuenta con respaldo científico, tal y como lo define Vallejo (1993), citado en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2012):

Vallejo (1993), define la hipnosis como un estado subjetivo que implica alteraciones perceptivas, siendo esas alteraciones suscitadas por las sugerencias. A su vez, define las sugerencias como una situación estimular que implica una demanda, entendiendo la sugestibilidad como un rasgo que caracteriza la capacidad o tendencia de una persona para aceptar sugerencias. (p. 585)

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), refieren que la hipnosis clásica hace uso de sugerencias directas y de tipo autoritario, que no a todos los pacientes les es útil por la forma directiva de llevarla a cabo. Mientras, que la hipnosis moderna hace uso de sugerencias indirectas utilizando metáforas o cuentos que favorecen el pensamiento creativo y reflexivo, que le permite a la persona escéptica no oponer resistencia.

De acuerdo con Zeig (1991), mencionado en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2012):

La hipnosis es un proceso que se elicitada desde dentro, no inducido desde fuera. La tarea del terapeuta es ayudar a los sujetos a utilizar su habilidad natural (no reconocida) para solucionar los problemas que traen a la consulta, estableciendo para ello un clima favorable al cambio, pero siempre teniendo en cuenta que la fuerza y la motivación para el cambio proviene del interior del paciente. (p. 586)

Según Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), el proceso cuenta con tres partes: la inducción, profundización y la terapia. La inducción es una parte fundamental para lograr un proceso adecuado, debido a que es el aspecto que le permite a la persona alcanzar un nivel alterado de consciencia, en el cual no opone resistencia para hacer modificaciones importantes en su conducta por medio de la sugestión. Luego, se alcanza la profundización, etapa del proceso en la que el paciente está totalmente focalizado en las sensaciones corporales, como la respiración y las sugerencias que el terapeuta le ofrece a medida que avanza el proceso de relajación. Para conseguir que el paciente profundice se le ofrece descender o bajar una escalera (por ejemplo), a medida que se lleva a cabo un conteo que comienza del diez al uno o viceversa.

Según Cuellar (2012), para salir del estado profundo de relajación, se le sugiere al paciente alcanzar los objetivos que desea. Luego, se inicia el período de alerta en el cual se le dan instrucciones para que poco a poco regrese al estado de consciencia anterior al proceso. Pidiéndole que suba (escalones de una escalera) poco a poco a medida que se cuenta del uno al diez y se le pide que mueva el cuerpo con cada número. Terminado el proceso, se le solicita, al paciente que hable sobre la experiencia durante la sesión y las sensaciones que experimentó. De esta manera se logra que el paciente confíe en el proceso de hipnosis, facilitando la sugestión y las prácticas subsiguientes.

La Mayo Clinic (2018), afirma que la hipnosis es eficaz en el control del dolor debido a que la persona alcanza un estado alterado de consciencia durante el proceso de hipnosis y está más abierta a la sugestión. En el artículo se afirman que la hipnosis también se le conoce como hipnoterapia o sugestión hipnótica, porque las personas pueden acceder a un estado de consciencia alterado o

trance en el que existe mayor atención, concentración y relajación profunda.

El Licenciado López (2019), quien con su experiencia y conocimiento del Modelo Cognitivo Conductual, ha practicado y utilizado la técnica con sus pacientes; afirma que es eficaz y puede utilizarse dentro del proceso terapéutico, para tratar dolor crónico causado por enfermedades terminales, en las que el paciente necesita aprender a vivir con el dolor.

Molina (2001), refiere que el proceso terapéutico resulta efectivo, siempre y cuando el paciente esté dispuesto a realizar cambios en sí mismo y esté convencido que los expertos en salud mental pueden apoyarle para superar el dolor emocional.

3.5 Evaluación

Antes de proceder a evaluar a una persona, es necesario conocer el origen del dolor crónico y asegurarse que agotaron las instancias médicas. Debido a que el trabajo psicoterapéutico es secundario al del médico. Puede ser que un paciente muestre dolor crónico y problemas emocionales, conductuales o cognitivos debido a una condición médica. Por lo que la terapia psicológica no sería efectiva.

De acuerdo con López (2019), el proceso de evaluación que se lleva a cabo desde la TREC cuenta con dos etapas: la evaluación psicopatológica y la evaluación Racional-Emotiva.

El proceso de evaluación psicopatológica según López (2019):

Entrevista: es una técnica de evaluación por medio de la cual se indaga y recaba información acerca de los datos generales, antecedentes personales, familiares, laborales y relaciones sociales.

Genograma: Instrumento clínico por medio del cual se representa de forma gráfica, el árbol genealógico de un paciente que puede mostrar hasta tres generaciones. Es útil para determinar las relaciones, alianzas, estructura y datos demográficos de la familia. Además, se puede determinar

las tendencias, adicciones y patrones conductuales que se repiten en las generaciones.

Examen del Estado Mental: Es un instrumento clínico que se utiliza para identificar signos, síntomas, aspectos cognitivo-conductuales y emocionales, apariencia, discurso y orientación del individuo en persona, tiempo y espacio. Se utiliza durante la primera consulta y en otras sucesivas cuando sea necesario.

Pruebas Proyectivas: Instrumento clínico que se utiliza para evaluar la personalidad plasmada a través de un dibujo, en el cual el paciente no opone resistencia. Muestra ansiedades, presiones, necesidades, carencias y otros aspectos de sí mismo. Las pruebas frecuentemente utilizadas son: la figura humana, el árbol, la familia y la persona bajo la lluvia.

Pruebas Psicométricas: Son instrumentos clínicos cuantificables, confiables y validados estadísticamente para hacer comparaciones entre la población. Por medio ellos, se evalúan diferentes aspectos como personalidad, emociones, conductas, cognición y habilidades. En el caso de pacientes que presentan dolor crónico es necesario llevar a cabo:

- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota [MMPI]:

Prueba que evalúa personalidad, creado por S.R. Hathaway y J. C. McKinley (1930). Se puede aplicar en adultos desde los 19 años. Evalúa características básicas de personalidad e identifica rasgos de personalidad patológicos.

- Escala de Hamilton para Depresión [HAM-D] (1967):

Es una prueba utilizada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y los cambios emocionales relacionados con el Trastorno de Depresión.

- Escala de Ansiedad de Hamilton [HAS] (1969):

Prueba psicométrica que se utiliza para evaluar la gravedad y existencia de síntomas del Trastorno de Ansiedad.

- *McGill Pain Questionnaire-MPQ* (1975):

Cuestionario que contiene veinte ítems para cuantificar la intensidad de dolor. Además, cuantifica las tres dimensiones implicadas en la sensación de dolor: sensorial, afectiva y evaluativa.

- *Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale* (1993):

Evalúa la experiencia de dolor en cuanto a intensidad, interferencia en actividades, satisfacción actual con la situación en la que se encuentra actualmente. Además, evalúa el control que tiene el dolor en la vida del individuo. También, se ocupa de determinar si recibe ayuda de otros, recogiendo información de dichas personas.

Análisis de Resultados: Luego de utilizar las herramientas necesarias para llevar a cabo la evaluación psicopatológica, se procede a analizar los resultados obtenidos en cada prueba. Además se cotejan, porque es deseable que estos datos sean congruentes entre sí y se puedan comprobar resultados similares en ellos. Determinan si la persona cuenta con síntomas característicos de algún trastorno o lo padece; haciendo uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (2014). Se puede llegar a comprender el estilo de personalidad y las tendencias emocionales, conductuales y cognitivas, innatas y aprendidas que la persona desarrolló a lo largo de la vida.

El proceso de evaluación Racional-Emotiva según López (2019):

López (2019), afirma que para llevar a cabo dicha evaluación es necesario hacer un listado que contenga los problemas externos, que son los acontecimientos ambientales que causan los problemas internos; que se manifiestan en forma de reacciones emocionales y conductuales intensas y disfuncionales. Por ejemplo, una cirugía es el problema externo, las creencias irracionales y conductas disfuncionales que se derivan de dicha situación se consideran como los problemas internos, con el propósito de detectar las creencias irracionales y las cuatro formas de pensamiento irracional.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) afirma que después se verifica si los problemas enlistados, tanto internos, como externos, son primarios o secundarios. Los problemas primarios son las condiciones que la persona desarrolla como: tendencia a deprimirse a partir del abandono del padre, que produce en la persona emociones disfuncionales, pensamiento negativo o tristeza persistente. Se consideran como problemas secundarios los sucesos que la persona enfrenta. El objetivo de la TREC es trabajar los problemas internos. Por eso es necesario definir los problemas secundarios, primarios y externos porque a partir de ellos, el terapeuta fija los objetivos. Una vez establecido el listado se determinan las partes del modelo ABC.

El modelo ABC establece que A, es el acontecimiento o situación problemática. B, es la creencia que la persona tiene y que se presenta en el momento en el que ocurre un acontecimiento problemático, que causa consecuencias C, como conductuales y emocionales, de acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos (2012).

3.6 Diagnóstico

El dolor crónico puede ser consecuencia de una cirugía o procedimiento médico, dolencia o enfermedad física que ha cesado. Sin embargo, el dolor permanece. También, puede ser causado por enfermedades autoinmunes como la fibromialgia o enfermedades terminales como el cáncer; en las que el dolor permanece persistentemente. Sin embargo, también puede no tener una causa física comprobable. Por lo tanto, el diagnóstico psicopatológico puede ser diferente en cada caso.

3.6.1 Trastorno de síntomas somáticos 300.82 (F45.1)

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014), las personas que padecen este trastorno pueden presentar múltiples síntomas somáticos o solamente uno, grave, que frecuentemente es dolor y no necesariamente surge a partir de una enfermedad física. Aunque no son excluyentes uno del otro porque pueden presentarse juntos. Este síntoma (s) puede (n) estar localizado(s) en un área específica o ser inespecífico (s). Regularmente, las sensaciones reportadas por el paciente no son suficientemente graves, como para considerarse parte de una enfermedad y

muchas veces las sensaciones referidas no son síntomas de enfermedad, sino sensaciones físicas normales. Sin embargo, el malestar y sufrimiento emocional es real, aun cuando no se tenga una explicación clínica válida que lo sustente.

La persona presenta una excesiva preocupación por la enfermedad, mostrando una actitud, cognición y emoción exageradamente negativa. Incluso, cuando tienen pruebas diagnósticas que indican lo contrario. Estos síntomas y su significado llegan a formar parte de su identidad, relacionándolos con otros aspectos de su vida. Afectando la calidad de vida, que puede llegar a incapacitar a la persona en los casos en que el o los síntomas persistan por un largo período, según lo establecido por la Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014).

Es común que los pacientes que presentan este trastorno, acudan frecuentemente al médico y también, reciban atención de múltiples especialistas para tratar los mismos síntomas. Sin embargo, los pacientes se muestran insatisfechos con la evaluación y tratamientos porque piensan que no son suficientemente adecuados. Ya que no responden a los tratamientos farmacológicos y presentan sensibilidad ante los efectos secundarios de estos medicamentos, de acuerdo con la APA (2014).

Las personas creen que las sensaciones físicas que perciben son parte de una enfermedad física de la que hacen interpretaciones catastróficas. Con comprobaciones repetidas de alguna anomalía en el cuerpo. Además, evitan toda actividad física debido a que piensan que pueden empeorar la condición y centran su conversación, alrededor de los síntomas somáticos por lo que se dificulta la interrelación con otras personas; según APA (2014).

3.6.2 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas 316 (F54)

Según lo establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014), las personas que padecen dicho trastorno presentan emociones y conductas clínicamente significativas, que afectan de forma negativa y empeoran la condición médica, porque aumenta el riesgo de muerte, discapacidad o sufrimiento. Inciden adversamente en la fisiopatología, precipitando o exacerbando los síntomas. Los factores psicológicos y conductuales que participan en este trastorno son: malestar psicológico, estilos de afrontamiento, conducta des adaptativa que afecta la salud,

patrones de interacción interpersonal, negación de síntomas y poca disciplina en el seguimiento de instrucciones y tratamientos médicos.

Este trastorno incluye personas que presentan aspectos psicológicos que afectan de forma significativa la enfermedad o condición médica. Presentan síntomas psicológicos anormales como consecuencia de una afección médica, que suelen empeorar la condición física, de acuerdo con la APA (2014).

3.6.3 Otros trastornos derivados del dolor crónico

El dolor crónico puede producir emociones, conductas y cogniciones intensamente disfuncionales porque es una condición que ha perdurado, a la persona, por un período prolongado. Es posible desarrollar otros trastornos adicionales al diagnóstico inicial, que se asocian con aspectos como el estilo de personalidad, las experiencias, la forma de percibir, procesar, interpretar y afrontar el dolor.

3.6.3.1 Trastorno de ansiedad generalizado 300.02 (F41.1)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), este trastorno puede coexistir con algún trastorno de síntomas somáticos porque, el dolor crónico produce ansiedad, que surge de la expectativa de terminar con el dolor y el deseo que este desaparezca. El paciente con esta condición muestra una preocupación excesiva, aprensiva y desproporcionada acerca de la sensación desagradable y se le dificulta controlarla.

Según la APA (2014), el trastorno de ansiedad se caracteriza por un malestar subjetivo debido a preocupaciones exageradas, muy pronunciadas y angustiosas; que interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, laboral y cotidiano de la persona. Además, se preocupan por múltiples situaciones o circunstancias de la vida que no están relacionadas con la salud física.

La ansiedad y preocupación se acompañan de otros síntomas adicionales, como inquietud o

sensación de excitación o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Manifiestan sentirse atrapados y tener los nervios de punta, según lo establecido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014).

3.6.3.2 Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), las personas que presentan este trastorno, son aquellas que muestran síntomas característicos del trastorno depresivo, pero que no cumplen con los criterios de otra categoría que pertenece a estos trastornos. Presentan síntomas depresivos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral y en otras áreas de la vida cotidiana. En esta categoría se incluye a los pacientes, cuando el terapeuta no establece el motivo por el cual, no se cumple con los criterios porque no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), refiere que las personas pueden mostrarse melancólicas, presentando una pérdida importante de placer en todas o casi todas las actividades, no se sienten mejor ante sucesos positivos. Pueden mostrarse profundamente desalentados, con retraso motor, anorexia, pérdida de peso o culpa excesiva.

3.7 Tratamiento psicoterapéutico

Debido a que no se cuenta con la historia clínica de un paciente en particular, se hace una sugerencia del posible plan terapéutico.

Se trabajará de acuerdo con el mapa clínico, diseñado por López (2019), en el cual se colocarán las variables distantes o aspectos familiares que pudieron haber afectado negativamente al paciente. Por ejemplo: en el caso de un paciente con dolor crónico podría influir el apego inseguro con la madre, un ambiente hostil en el hogar o el alcoholismo del padre. Luego, se colocan las variables antecedentes, que se refiere a los aspectos relacionados con la persona como por ejemplo: la

relación conflictiva con la hermana, relación de culpabilidad con la madre o divorcio del paciente.

Según López (2019), se establecen las variables orgánsmicas que se refieren a los síntomas que presenta como consecuencia del dolor crónico, por ejemplo: llanto frecuente, dolor de articulaciones, espalda y cadera, tristeza y dificultad para dormir. Seguidamente, se identifican las variables de respuesta que son los trastornos o condiciones emocionales desarrolladas, por ejemplo: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad no especificado. Por último se colocarán las consecuencias de la problemática, que son: agudización del cuadro depresivo o ansioso, se agrava el dolor crónico o se produce incapacidad para movilizarse.

Cuadro No. 6
Mapa Clínico

Mapa Clínico				
Variables Distantes	Variables Antecedentes	Variables Organísmicas	Variables de Respuesta	Consecuencias
				Inmediatas
				Larga duración

Fuente: López (2019).

3.7.1 Psicoeducación

De acuerdo con lo referido por López (2019), como parte del plan de tratamiento se le ofrece psicoeducación al paciente para que comprenda las bases del Modelo Cognitivo-Conductual, como

la filosofía griega sobre la cual se fundamenta la TREC. Luego, se le instruye acerca del autor de la Terapia Racional Emotiva, TREC y los principios de la terapia, para que el paciente aprenda a debatir y refutar creencias irracionales y a encontrar otras más funcionales, que le permitan resolver los problemas actuales. Se le muestra la relación directa que hay entre emoción, pensamiento y conducta. Además, se le motiva a que continúe practicando las nuevas creencias y se le enseña a detectar, debatir y refutar creencias irracionales que surgirán en la vida diaria, basadas en las formas de pensamiento: exigencias absolutistas, creencias catastróficas, baja tolerancia a la frustración y auto descalificaciones globales.

3.7.2 Insight Racional-Emotivo

Se le enseña al paciente que las situaciones no son las que producen malestar emocional, sino que son los pensamientos y las creencias arraigadas desde la infancia. Al modificar las creencias irracionales, se modificará la emoción disfuncional que le produce sufrimiento, de acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos (2012). En el caso del dolor crónico, se le muestra al paciente que lo que cree acerca del dolor, la forma como interpreta esa sensación, la enfrenta y su estilo de personalidad; producen el malestar emocional que se manifiesta en el cuerpo como dolor intenso.

De acuerdo con lo afirmado por López (2019), si es capaz de modificar sus creencias respecto del dolor crónico y lo que significa para él, será capaz de disminuir la sensación dolorosa debido a que el sufrimiento que le produce el dolor, cesará. Se le muestra al paciente la forma de identificar las cuatro formas de pensamiento: exigencias absolutistas, creencias catastróficas, baja tolerancia a la frustración y la autodescalificación global.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), afirman que luego se le explica que las personas perpetúan el malestar emocional, debido a que cuentan con tres *insights* y se le ayuda a que los identifique en su actuar y son: creer que el malestar emocional se debe a situaciones externas y no internas. En el caso del dolor, la persona cree que es la causa física la que le ocasionó la cronicidad del dolor y no las creencias, la forma de interpretar la situación que le produjo dolor y el estilo de personalidad, con el que cuenta y su forma particular de afrontar el dolor.

Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), recomiendan que intentar encontrar el origen de las creencias irracionales en vez de modificarlas no tiene utilidad para el individuo, por lo que se le pide que busque una frase que realmente le ayude a modificar y practicar la creencia más funcional. Por último, se anima al paciente a que practique la nueva forma de pensar para que se vuelva hábito.

3.7.3 Estructura de las sesiones

Según López (2019), durante las sesiones, se practicará un esquema diseñado para descubrir y modificar las creencias irracionales relacionadas con el dolor, asociado al estilo de personalidad, forma de afrontar, procesar e interpretar la información y la experiencia aprendida con dicha sensación.

1. Solicitar la retroalimentación de las sesiones pasadas
2. Revisión de tareas asignadas
3. Establecer la agenda de trabajo
4. Puntos de agenda a trabajar
5. Determinar el grado de emoción
6. Establecer el ACONTECIMIENTO (A)
7. Establecer la CREENCIA (B)
8. Establecer las CONSECUENCIAS (C):
 - A. Afectivas
 - B. Conductuales
9. Establecer la conexión entre ABC
10. Determinar cuál es la creencia irracional del paciente
11. Asegurarse que al paciente comprende si su pensamiento es funcional o no
12. Debatir la creencia irracional, haciendo uso de las diferentes formas de debate:
 - A. Socrático: preguntas abiertas que motivan el relato
 - B. Didáctico: enseñar a detectar y debatir creencias por medio de procedimientos
 - C. Metafórico: hacer uso de metáforas o historias, que muestren la creencia irracional (I)
 - D. Humorístico: hacer uso del sentido del humor, para debatir creencias irracionales (I)

- E. Teatral: exagerar y hacer uso de conductas extravagantes
13. Determinar si el paciente comprende lo irracional de su pensamiento y lo acepta
 14. Identificar el nuevo pensamiento racional
 15. Observar y establecer si existen cambios en la filosofía del paciente
 16. Observar y establecer si existen cambios emocionales
 17. Observar y establecer si existen cambios de comportamiento
 18. Determinar el grado de emoción
 19. Aspectos para trabajar para la próxima sesión
 20. Creencias irracionales para la próxima sesión
 21. Tareas para la casa
 22. Asegurarse que el paciente comprendió la tarea
 23. Despedida

Fuente: Esquema ABC (López, 2019).

López (2019), recomienda que cuando al paciente se le dificulte encontrar y reconocer la creencia subyacente o básica, que generalmente está arraigada profundamente y ante la cual se opone resistencia, porque desea comprobar las teorías personales; se haga uso de la siguiente técnica:

Flechas descendentes:

Paciente: “Por este dolor, mis hijos se quedarán huérfanos”

Terapeuta: Si eso es cierto, ¿Qué significa para usted?

Paciente: “Que no lograré soportar este dolor”

Terapeuta: Si eso es verdad, ¿Qué significa para usted?

Paciente: “Que no soy lo suficientemente valiente para enfrentarlo”

Terapeuta: Si eso es verdad, ¿Qué significa para usted?

Paciente: “Qué soy una tonta” (Creencia subyacente)

Al encontrar la creencia subyacente, se le pide al paciente que repita **cuál** es la situación A, las consecuencias C y la creencia B, que recién descubrió; para continuar la sesión y lograr iniciar el debate de la creencia irracional, con el propósito que el paciente logre encontrar una creencia más

funcional que pueda practicar; de acuerdo con López (2019).

Además, se hará uso de la hipnosis clínica con el propósito de promover confianza en el paciente, inducirlo a la sugestión y promover cambios significativos en las emociones, cogniciones y conducta. Cuéllar (2012), recomienda que se realicen grabaciones de hipnosis clínica, con el propósito que el paciente las ponga en práctica en casa y se familiarice con ellas.

Debido a que muchas veces las personas cuentan con un déficit importante en la forma de afrontar situaciones problemáticas y tienen un diálogo interno disfuncional, que les dificulta la modificación de las creencias irracionales; es necesario que aprendan y se entrenen en ellas. El entrenamiento en autoinstrucciones, creado por Meichenbaum (1969), tiene el propósito de modificar la conducta y las autoverbalizaciones de la persona.

Dicho programa incluye la inoculación del estrés, fase educativa y el ensayo de la técnica en la vida diaria. Se espera que el paciente tome consciencia de su conducta y del diálogo interno asociado a la misma, para que al modificar la conducta se modifique lo que se dice a sí mismo, según lo establecido por Ruiz, Díaz & Villalobos (2012).

En el libro *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (1997): Estado de la cuestión y procesos terapéuticos, se establece la forma como ocurre el cambio:

Asume que la gente actúa primero y luego piensa y (re)conceptualiza esa conducta. El trabajo del terapeuta consiste en entrenar al cliente a darse cuenta de la conducta, a pensar sobre ésta y cambiarla, y luego reconstruir el diálogo interno sobre esa conducta. Por tanto, aunque el diálogo interno es un regulador importante de la conducta, es la conducta en sí misma la que va a ser cambiada. (p. 29)

En el caso del paciente que sufre dolor crónico, el diálogo interno que practica podría ser: “no soy capaz de soportar este dolor”, “no soy lo suficientemente valiente para hacerle frente al dolor”.

3.7.4 Tareas para la casa

De acuerdo con lo recomendado por López (2019), se le pedirá al paciente realizar autorregistro para evaluar la intensidad del dolor crónico, poner en práctica las creencias racionales y funcionales que descubrió en las sesiones terapéuticas.

3.7.5 Esquema del plan terapéutico sugerido

Cuadro No. 7
Plan de Tratamiento

Objetivos	Técnicas	Recursos
Educar al paciente en la teoría del Modelo Cognitivo-Conductual	Se hace uso de la técnica de psicoeducación	Se le ofrecen lecturas de los principios y fundamento de la teoría y el creador del Modelo Cognitivo-Conductual
Establecer la situación o circunstancia (A), que produce el dolor emocional. Determinar las consecuencias (C) cognitivas y conductuales que se producen en esa circunstancia. Encontrar la creencia irracional (B) que surge a partir de la situación.	Se hace uso de la técnica ABC de la TREC	Se utiliza el esquema estructurado con el cual se determina el ABC de la problemática del paciente.
Encontrar la creencia (B) básica	Se hace uso de la técnica de flechas descendentes	Se formula una serie de preguntas
Debatir la creencia básica irracional (B) con el propósito de encontrar una creencia más funcional y racional	Se hace uso de la técnica de debate: didáctico, filosófico o empírico	Se asignan tareas como autorregistro de la conducta, emoción y diálogo interno para que el paciente practique en casa
Inducir la sugestión y reducir la	Se hace uso de la técnica	Se practica por medio de una

ansiedad	Cognitivo-Conductual de hipnosis clínica	relajación guiada e instrucciones ofrecidas por el terapeuta
Fortalecer y reforzar las creencias más funcionales y racionales	Se hace uso de la técnica de Entrenamiento en autoinstrucciones	Se enseña y practica durante la sesión y luego se le solicita realizar grabaciones en casa.
Practicar la técnica de autoinstrucciones	Se hace uso de la técnica de autoinstrucciones	Se escriben las autoinstrucciones, se leen en voz alta y se practican en las sesiones.
Entrenar al paciente en el ABC para reconocer y modificar las creencias irracionales que pueden surgir en el futuro	Se hace uso de la psicoeducación y la técnica del ABC	Llevar un autorregistro
Entrenar al paciente que sufre dolor crónico, debido a enfermedades terminales	Se hace uso del entrenamiento en habilidades de afrontamiento paliativo	Se practica lo aprendido en la sesión
Reforzar las técnicas aprendidas para evitar recaídas	Se practican las técnicas anteriormente descritas Se evalúa la adquisición de la nueva filosofía aprendida	Se le pide practicar las técnicas en casa
Cierre Seguimiento	Despedida Sesiones cada 20 días	

Fuente: elaboración propia, (2019).

3.8 Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento del dolor crónico

De acuerdo con la revista española, Clínica y Salud, Moix y Casado (2011), afirman que la técnica de hipnosis es útil y tan efectiva como la relajación:

Igualmente en la revisión de Jensen y Patterson (2006), donde se analizaron investigaciones con muestras compuesta por sujetos exclusivamente con dolor crónico (lumbalgia, cefalea, fibromialgia) se concluyó la efectividad de la técnica, aunque los resultados mostraron que no era superior a los resultados obtenidos por medio de la relajación. Cuando se han estudiado exclusivamente trabajos donde los sujetos sufrían cefaleas también se ha

observado efectividad de la técnica. (p. 43)

Moix y Casado (2001), afirman, además, que dicha técnica es más efectiva si se practica como complemento de un proceso terapéutico en el cual se utilizan otras técnicas. La explicación que ofrecen es que la efectividad se debe, a que la hipnosis relaja de esta forma disminuye la ansiedad, reduciendo los niveles de dolor. También, afirman que la mejoría puede ser el resultado de la creencia acerca de la efectividad de la hipnosis, resultando efectiva si el paciente cree que la hipnosis es efectiva. Por lo tanto, se puede decir que la eficacia de la hipnosis puede deberse a diferentes factores.

En cuanto a la TREC, el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2013), afirma que hay evidencia empírica que apoya la eficacia de la TREC, para tratar problemas emocionales y psicopatológicos como los trastornos obsesivo-compulsivos, fobia social y ansiedad social.

Según el Doctor Doménech (2017), profesor de Medicina del CEU-UCH (Universidad Cardenal Herrera), España; director de un estudio que llevó a cabo con doscientos pacientes que fueron diagnosticados con lumbalgia crónica inespecífica. Encontró que la TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) resultó ser eficaz para tratar el dolor crónico de espalda. Aplicándoles fisioterapia y Terapia Cognitivo Conductual, presencial, grupal o en línea. Evaluándolos en cuatro diferentes momentos: al inicio de la terapia, al finalizar las sesiones, a los tres y seis meses de finalizada la terapia. Llegó a la conclusión:

Tanto pacientes que participaron en las sesiones grupales de la ‘escuela de espalda’, como aquellos que reforzaron el seguimiento a través de Internet y del móvil, mostraron una significativa reducción del dolor, una mejoría en la calidad de vida y mayor satisfacción con el tratamiento, en comparación con la rehabilitación aislada. (P. 1)

Los pacientes obtuvieron mejoría debido al aprendizaje de pautas de afrontamiento y conductas

racionales que ofrece la Terapia Cognitivo-Conductual.

En la revisión bibliográfica de la Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología de Perú, Palomino et al. (2017), escribieron acerca de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) y determinaron que la TREC es eficaz para tratar personas diagnosticadas con síndrome doloroso miofacial y disfunción temporomandibular:

Y presencia de dolor máxima según la Escala de dolor y escala subjetiva de ansiedad, después de una intervención de 12 sesiones TREC, mostraron una disminución en la sintomatología física durante la intervención y en el seguimiento permite corroborar la funcionalidad de la propuesta con síndrome doloroso miofacial y disfunción temporomandibular, al igual que una disminución en la ansiedad generalizada. (p. 6)

Por lo tanto, la experiencia de varios autores muestra que la TREC es una terapia efectiva para el tratamiento de dolor crónico, debido a una enfermedad terminal o crónica y también para aliviar dolor crónico, que ha permanecido a pesar de haberse resuelto la causa del mismo. Debido a que cada persona cuenta con una forma de afrontar, percibir e interpretar el dolor crónico, porque cuenta con un estilo de personalidad particular que puede generar pensamientos irracionales, emociones disfuncionales y conductas erráticas y exageradas.

3.9 Enfoque Cognitivo-Conductual en la actualidad

Según Mañas (2009), el enfoque Cognitivo-Conductual es la base teórica de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) creada por Albert Ellis en 1993. Es considerada como una de las Terapias de Segunda Generación [TSG] debido a que le otorga importancia a la modificación de la cognición porque tiene influencia directa sobre la conducta y la emoción. Además, considera que es necesario modificar todo aquello que causa dolor emocional, ya que el ser humano tiende a buscar el bienestar.

En la Gaceta de Psicología, Mañas (2009), afirma que actualmente han surgido las terapias

Cognitivo-Conductuales de tercer orden como: Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Conducta Dialéctica, Terapia Integral de Pareja y Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*; como resultado del descontento con los resultados obtenidos con las Terapias de Segunda Generación, en la práctica clínica. Su objetivo es modificar la conducta, descubriendo la relación que tiene el paciente con el problema y el contexto en el que vive el individuo.

De acuerdo con Mañas (2009), las Terapias de Tercera Generación (TTG) difieren de las Terapias de Segunda Generación, en no perseguir la modificación del pensamiento para cambiar la conducta y emoción. Hacen uso de metáforas, paradojas y otras técnicas para mostrarle al paciente que el control que ejerce sobre la propia conducta, emoción y pensamiento es el origen de los problemas o es el problema mismo. Además, se fundamentan en la filosofía contextualista propuesta por Steven Pepper en 1942, que otorga importancia al contexto en el que ocurre un acontecimiento y le resta importancia a los resultados o consecuencias que produce la situación.

Hayes (2004), mencionado por Moreno (2012), en la Revista Internacional de Psicología, establece que las Terapias de Tercera Generación, también tienen como objetivo hacer uso de estrategias de cambio más experimentales y agrega:

Hasta el momento se desconoce si la tercera ola de terapias resultará más efectiva que la anterior. La literatura sobre las TTG es aún muy joven como para poder indicar algo, pero se cuenta con importantes indicios de que marcarán un cambio positivo en las terapias del comportamiento. (p. 3)

Como se puede notar, el argumento de varios autores acerca del por qué de la supuesta ineficacia de las Terapias de Segunda Generación, es que continúan utilizando las técnicas de las Terapias de Primera Generación. También, afirman que debido a que las personas creen que al modificar el pensamiento, se modificará la conducta y las emociones; esta terapia resulta efectiva. Además, argumentan que no existen suficientes estudios que apoyan la efectividad de las TSG.

Conclusiones

El dolor es una sensación de carácter subjetivo, debido a que la comunicación de los receptores de dolor hacia el sistema límbico es modificable y no lineal, como la que existe con la parte frontal del cerebro. Produciendo una valoración particular y única en cada persona, que no siempre está asociada a un daño o condición física.

Debido a que el dolor crónico es un problema multifactorial, que se prolonga y afecta la calidad de vida porque limita e incapacita al individuo en varias áreas de la vida. Las personas que lo padecen están propensas a desarrollar trastornos de ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Determinados por el estilo de personalidad, el diálogo interno, la forma de afrontar, percibir, procesar e interpretar la sensación de dolor; asociado con las experiencias y el aprendizaje que contribuyen a la cronificación del dolor.

Para abordar exitosamente el dolor crónico, que surgió a partir de una condición física que se resolvió, pero lo perpetuó y/o tratar dolores crónicos debidos a enfermedades autoinmunes y terminales; es necesario aplicar un tratamiento multidisciplinario entre el médico tratante y el psicoterapeuta. Además, es deseable que el paciente tenga el firme deseo y convicción de superar dicha condición. De lo contrario, no hay tratamiento suficientemente adecuado para resolverlo.

La Terapia Racional Emotiva Conductual TREC, es efectiva para tratar dolor crónico que se originó a partir de una condición física, que no tiene una causa fisiológica comprobada o que es el resultado de una enfermedad crónica y/o terminal.

La experiencia clínica de los terapeutas que utilizan las terapias de segunda generación, como la Terapia Racional Emotiva Conductual TREC, constata su efectividad; de lo contrario, no se continuaría su uso frecuente en clínica. Muchos de los casos en los que se ha logrado el efecto contrario al esperado, probablemente se debe a que el paciente no está dispuesto a abandonar sus creencias básicas, porque se encuentran muy arraigadas y/o consigue una ganancia secundaria al mostrar una conducta específica.

No todas las terapias pueden ser utilizadas con todos los pacientes y obtener la misma efectividad, debido a que cada persona cuenta con una forma única de afrontar situaciones problemáticas de la vida, porque ha vivido experiencias diferentes y cuenta con un estilo de personalidad muy particular.

La efectividad de cualquier terapia, depende del paciente y el deseo de superar la circunstancia para hacer modificaciones significativas en su conducta, emoción y cognición, para su propio beneficio. Es necesario permitir que la nueva generación de terapias de tercer, orden sean investigadas y utilizadas en la práctica clínica, por un período de tiempo más amplio para constatar y comprobar la efectividad en clínica.

Referencias

- Acupuntura. (2018, 7 de junio). *Mayo Clinic*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/acupuncture/about/pac-20392763>
- Aguilar, J. L., Andrés, J. A., de León, O., Gómez-Luque, A., Montero, A. (2001). *Tratado de Anestesia y Reanimación*. Madrid: Arán Ediciones, S. A.
- Antidepresivos: otra arma contra el dolor crónico. (2018, 20 de noviembre). *Mayo Clinic*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/pain-medications/art-20045647>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Washington, DC: Editorial Médica Panamericana.
- Barnett, R. (1983). *Estadística en el laboratorio clínico*. España: Reverté, S. A.
- Bastarrika, G., (2007). *Tomografía computarizada y práctica clínica*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30, 1-2.
- Blanco, E., Espinosa, J., Carreras, H. & Rodríguez, M. (2004). *Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor y su tratamiento*. Madrid: International Marketing & Communications, S. A.
- Boyle, G., Fernández, E. & Ortet, E. (2003). *El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas*. Revista de Psicología, 12, 111-119.
- Bushong, S. (2005). *Manual de Radiología para Técnicos: Física, biología y protección radiológica*. Madrid: Elsevier Imprint.

- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis, S. A.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Carrion, J. (2011). *Introducción a la acupuntura: Una alternativa para mejorar la salud*. España: Hispano Europea.
- Cuéllar, A. (2012). *La Magia de la PNL*. EDAF, S.L.U.
- Ellis, A. & Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. A.
- Gallego, T. (2007). *Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia*. Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Gennaro, A. (2003). *Remington Farmacia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- González, M. (2014). *Dolor crónico y psicología: actualización*. Revista Médica Clínica Las Condes, 25, 610-617.
- Goya, P., & Martín, M. A. (2010). *¿Qué sabemos de? El dolor*. Madrid: La Catarata.
- Hernández, J. & Moreno, C. (2005). *Medicina del Dolor*. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Herrero, V., Bueno, S., Bandrés, F., Ramírez, M. & Capdevilla, L. *Valoreación del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 25.

- Hyponosis. (2018, 1 de noviembre). *Mayo Clinic*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/hypnosis/about/pac-20394405>
- Koeppen, B. & Stanton, B. (2009). *Berne y Levy Fisiología*. (6ª. Ed.). España: Elsevier.
- Mañas. (2009). Nuevas Terapias Psicológicas: *La Tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación*. *Gaceta de Psicología*, 40, 13-29.
- Mayo Clinic. *Cómo se produce la adicción a los opioides*. (2018, 13 junio).. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/in-depth/how-opioid-addiction-occurs/art-20360372>
- Medicina tradicional: definiciones. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Mendoza, N. (2008). *Farmacología Médica*. México: Médica Panamericana, S. A.
- Molina, J. A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. *Redalyc*. 13, 31-38.
- Moreno, A. (2012). *Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/ Mindfulness*. *Revista Internacional de Psicología*, 12, 1-3.
- Muñoz, A. L., & Tapia, P. (1998). *Dolor agudo y dolor crónico*. Chile: Universitaria.
- Muñoz, E. (2015). *Cannabis en el tratamiento del dolor crónico no oncológico*. *Revista Hospitalaria Clínica Universitaria*, 26, 138-147.
- Moix, J. & Casado, I. (2011). *Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico*. *Clínica y Salud*, 22.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning Editores, S.A.

Olivares, Ma. & Cruzado, J. (2008). *Evaluación Psicológica del dolor*. Clínica y Salud. 19.

OMS Califica el tratamiento del dolor crónico como un derecho humano. (18 de octubre de 2017).

Cluster de Salud. El Economista. Recuperado de

<https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/oms-califica-el-tratamiento-del-dolor-cronico-como-un-derecho-humano>

Palomino, J., Santiago, E. & Zarate, P. (2017). *Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT)*. Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología, 1.

Piñeiro, D., (2005). *Ecocardiografía Para la toma de decisiones clínicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana, S. A.

Red de Universidades Valencianas. (2017, 6 de julio). *Estudian la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual presencial y online en dolor crónico*. Recuperado de <http://ruvid.org/wordpress/?p=33882>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. España: Espasa Calpe, S. A.

Revisión bibliográfica. (2018). *Definiendo sufrimiento*. Recuperado de <http://www.dolorypaliativos.org/art65.asp>

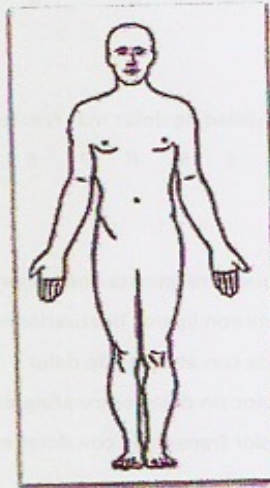
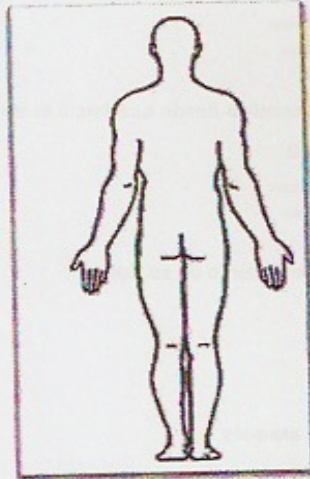
Rodríguez, M. (2006). *Valoración y Manejo del Dolor*. Madrid: Arán Ediciones.

- Rothstein, J., Serge, R., & Wolf, S. (2005). *Manual del especialista en rehabilitación*. Filadelfia: (1ª Ed.). Paidotribo.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S. A.
- Seelbach, G. A. (2012). *Teorías de la Personalidad*. Estado de México: Red Tercer Milenio S. C.
- Siegelman, E. (2005). *Resonancia magnética Tórax, abdomen y pelvis: Aplicaciones clínicas*. Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Sociedad Española de Reumatología. (2006). *Monografías SER: Semiología de las Enfermedades Reumáticas*. Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Sollod, R., Wilson, J. & Monte, C. (2009). *Teorías de la Personalidad: debajo de la Máscara*. México: Mc Graw Hill.
- The National Academies of Sciences Engineering and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*. (2017, enero). Recuperado de https://www.nap.edu/resource/24625/Cannabis_committee_conclusions.pdf
- Torres, L. (2001). *Tratado de Anestesia y Reanimación*. (Tomo 1). Madrid: Arán Ediciones, S. A.
- Torres, M. & Compañ, V. (2006). *La experiencia del dolor*. Barcelona: UOC.
- United States Government Printing Office [Usgpo], (1995). *Alternative Medicine: Expanding Medical Horizons: a Report to the National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States*. Estados Unidos de América: The Institutes.
- Villoria, M. (2007). *Dolor Crónico*. Madrid: Arán.

Anexos

Cuestionario para Evaluar Dolor

Marque la parte del cuerpo que le duele



Edad _____ Sexo: F _____ M _____ Profesión u oficio _____

¿Sabe cuál es la causa de su dolor? Si No ¿Cuál es? _____

¿Desde cuándo padece dolor? _____

¿El dolor ha interrumpido su actividad normal y/o su trabajo? Si No

¿De qué forma? _____

¿Ha tomado medicamentos para dolor? Si No ¿Cuáles? _____

¿Ha consultado con el médico especialista en dolor? Si No

¿Qué especialidad tiene el médico que le ha tratado? _____

¿Ha cambiado su estado de ánimo desde que inició el dolor? _____

¿Qué emoción siente cuando tiene dolor?

Tristeza Enojo Ansiedad Frustración Depresión Otra

Marque el nivel de dolor que siente ahora. Circulando el nivel de intensidad más apropiado .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor Máximo dolor

¿Cuál ha sido la intensidad de dolor más fuerte que ha sentido desde que inició el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún dolor Máximo dolor

Marque con un cheque la respuesta que mejor describe el curso de su dolor

- Dolor constante con ligeras fluctuaciones
- Dolor constante con ataques de dolor
- Ataques de dolor sin dolor entre ataques
- Ataques de dolor frecuentes con dolor entre los ataques
- Dolor constante
- Dolor punzante

¿Tiene una sensación de quemazón en la zona de dolor?

no ligero moderado intenso muy intenso

¿Tiene una sensación de hormigueo en la zona de dolor?

no ligero moderado intenso muy intenso

¿Le produce dolor cualquier ligero roce en la zona de dolor?

no ligero moderado intenso muy intenso

¿El dolor es repentino, se siente como descarga eléctrica?

no ligero moderado intenso muy intenso

¿La sensación de dolor es como entumecimiento o adormecimiento?

no ligero moderado intenso muy intenso

¿Se desencadena el dolor con solo una ligera presión en la zona de dolor marcada?

no ligero moderado intenso muy intenso

Fuente: Cuestionario del Dolor, PainDetect (2019).