



REPÚBLICA DE CUBA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular

“LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO: ESTRATEGIAS PARA NUESTRO MEDIO”

Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud

Autora: Lic. Marta de la C. Martín Carbonell
Tutor: Dr.C. Jorge A. Grau Abalo

Ciudad de la Habana, Julio 2002

AGRADECIMIENTOS

Siempre se corre el riesgo de no encontrar las palabras para expresar la gratitud que se profesa a todas las personas, que de una u otra manera, han contribuido a que pudiera llegar este momento; o peor aún, el peligro de dejar de mencionar a alguien. Evitaré entonces el citar nombres, con la confianza de que todos ellos, podrán distinguir entre líneas mi sincero reconocimiento:

- por las enseñanzas
- por el apoyo y el aliento
- por la colaboración y la compañía
- por tenderme la mano generosa, que reconforta y guía
- por la confianza y por la ternura
- por dedicarme su valioso tiempo
- por la crítica que enriquece y conduce al crecimiento
- por la generosidad
- por la paciencia
- por la tenacidad
- por el hermoso regalo de su amistad y de su afecto
- y por haber sido, como dijera el poeta, fuente y caudal

A todos, muchas gracias.

Índice

Síntesis	4
Introducción	7

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1: Aspectos Psicológicos en el Dolor

- Definición de dolor y modelos explicativos 13
- Clasificaciones del dolor 18
- Principales aportes de la Psicología a la comprensión y evaluación del dolor. 23

Capítulo 2. Problemas metodológicos y prácticos de la evaluación psicológica en el dolor crónico

- Objetivos, principios y procedimientos en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico 36
- Problemas metodológicos en la selección de los procedimientos de evaluación. 41
- La organización del proceso de evaluación psicológica a los pacientes con dolor: Ventajas e insuficiencias del modelo de remisión de casos 43
- Presupuestos teóricos en que se basaron las investigaciones sobre la organización del proceso de evaluación psicológica y la selección de los procedimientos para este fin. 46

SEGUNDA PARTE. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

- Problema 54
- Objetivo General 54
- Objetivos Específicos 54
- Aspectos Generales y éticos 56
- Diseño de los estudios 57
- Criterios de selección de las poblaciones de estudio y las muestras 64
- Métodos y Técnicas 67
- Procesamiento de los datos y análisis de los resultados 68

TERCERA PARTE : ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Capítulo 4. Resultados de las investigaciones dirigidas a caracterizar aspectos de nuestra práctica asistencial que influyen en la evaluación psicológica

- “Grupo en grupo”: la identificación de los problemas que afectan la interacción multidisciplinaria . 70
- La aceptación de la atención psicológica de los pacientes con dolor crónico 81
- Estrategias para la organización práctica de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico. 86

Capítulo 5. Estudios sobre adaptación y utilidad de algunos procedimientos para la evaluación psicológica de pacientes cubanos con dolor crónico.

- Exploración de la utilidad del cuestionario de dolor de Mc Gill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico 89
- Utilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para la evaluación de la depresión en paciente cubanos con dolor crónico 97

Capítulo 6: Estudios dirigidos a la creación de instrumentos cubanos para la evaluación de los pacientes con dolor crónico.

- Desarrollo de una escala para evaluar los cambios en la actividad y en las relaciones interpersonales en los enfermos con dolor crónico: el E-DARI 108
- Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico 119
- Alcance y limitaciones de las investigaciones reseñadas. 135

Conclusiones 138

Recomendaciones 139

Referencias 141

Anexos 160

SÍNTESIS

En el momento actual pueden contarse por cientos los instrumentos que se utilizan para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico. Este quehacer profesional se ha caracterizado en el ámbito latinoamericano por la importación de técnicas y procedimientos de evaluación e intervención que si bien han demostrado su validez para otros contextos, pueden ser de dudoso resultado en nuestras naciones. El problema que aborda esta tesis es el de la necesidad de contar con instrumentos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico adecuados a las características de nuestra población y de nuestra práctica asistencial

Se presentan los resultados de seis investigaciones que tuvieron como finalidad desarrollar un conjunto de instrumentos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico y determinar las estrategias óptimas para la organización del proceso de evaluación psicológica .

La Tesis combina los enfoques de investigación cualitativo y cuantitativo. En total fueron incluidos 699 pacientes y 72 profesionales de la salud de diversas instituciones de la capital.

Dos de los estudios resultaron útiles para profundizar en algunas características de la asistencia multidisciplinaria y fueron realizados con el enfoque y métodos de la investigación cualitativa; a partir de sus resultados fue posible recomendar estrategias para la organización de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico en nuestros servicios de salud.

Otras dos investigaciones exploran la utilidad en nuestra población de instrumentos psicológicos validados en otros contextos: el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) respectivamente, mediante estudios exploratorios, de tipo transversal; cuyo fin era examinar como se comportaban ciertas propiedades psicométricas de estos instrumentos en nuestro medio. Estos estudios demostraron que el MPQ tiene una adecuada confiabilidad, mientras que el BDI debe usarse con precaución para el diagnóstico de la depresión en pacientes reumáticos.

Las restantes investigaciones estuvieron dirigidas a la creación de dos nuevos

procedimientos de evaluación psicológica: la Escala Dolor - Actividad- Relaciones Interpersonales (EDARI) y el Cuestionario Multidimensional de Dolor (GEMAT); estos últimos trabajos combinaron estrategias de tipo exploratorio con estudios comparativos transversales y un estudio longitudinal observacional retrospectivo. Los nuevos instrumentos satisfacen necesidades específicas de nuestro Sistema de Salud y presentan una adecuada validez y confiabilidad.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN:

El dolor crónico está catalogado como uno de los más importantes problemas de la Salud Pública contemporánea. En el Congreso Mundial de Dolor de 1993, en Seattle (Estados Unidos) se planteó que los problemas de dolor, en conjunto, representan un costo superior al de las enfermedades cardíacas y el cáncer, ascendiendo los gastos por terapia, bajas laborales e invalidez temprana, a cifras que están entre 35 mil y 50 mil millones de dólares anuales ⁽¹⁾. El costo del dolor en los países industrializados supone el 2.2 % del PBI ⁽²⁾. En estudios realizados en nuestro país se constató que el mayor porcentaje de bajas por incapacidad total está dado por enfermedades reumáticas, de las cuales el dolor crónico constituye un síntoma fundamental ⁽³⁾.

Sin embargo, la importancia de este problema desborda los aspectos socioeconómicos. El dolor crónico representa el fracaso del modelo médico tradicional, obliga a reconceptualizar las enfermedades desde otra perspectiva, a tener en cuenta su origen multicausal, a establecer diversos niveles y procedimientos de intervención dirigidos hacia la misma meta final: la rehabilitación del paciente. Para contribuir al logro de este propósito, especialistas de diversas ramas deberán encontrar un lenguaje común, definir su objeto y métodos propios de estudio, sin restar importancia a los aportes de las disciplinas particulares, y al mismo tiempo, delimitar sus estrategias de intervención en función de las fronteras de acción de las restantes especialidades. El dolor crónico se presenta a los profesionales de la salud como un reto a la flexibilidad de pensamiento, a la capacidad de organización y a las habilidades para comunicarse con otros especialistas y con los propios pacientes ⁽⁴⁾.

A pesar de que el alivio del dolor siempre ha sido una de las metas fundamentales de las acciones médicas, su estudio científico es relativamente reciente ⁽⁵⁾, los pioneros en este campo provienen de disciplinas como la Anestesiología, la Bioquímica, la Neurofisiología y la Farmacología. El descubrimiento de la existencia de mecanismos endógenos de analgesia a nivel neuronal abre las puertas a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y la Antropología, pues llama la atención sobre el papel que tiene el SNC y los procesos psíquicos superiores en el desarrollo y control del dolor ⁽⁶⁾.

A inicio de la década de los 80, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor crónico como *"aquel que se extiende después del tiempo en que normalmente debía haberse extinguido"* (7, p. 3); se desarrollan diferentes modelos teóricos que facilitan la comprensión de este fenómeno y se proponen nuevos enfoques terapéuticos. La Psicología ocupa un lugar en la atención a los pacientes con problemas de dolor crónico, en particular, al desarrollarse las Clínicas del Dolor como una opción organizativa del trabajo con este tipo de pacientes (8).

En el momento actual pueden contarse por cientos los instrumentos que se utilizan para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico (9). Este quehacer profesional se ha caracterizado en el ámbito latinoamericano por la importación de técnicas y procedimientos de evaluación e intervención que si bien han demostrado su validez para otros contextos, pueden ser de dudoso resultado en nuestras naciones (10).

Por otra parte, en los países del llamado Primer Mundo la selección de los contenidos y metas de la evaluación ha estado subordinada más a los enfoques teóricos de los investigadores que a las exigencias de la asistencia. En contraste, el ejercicio de la Psicología en nuestro sistema de salud ha estado marcado por cierto pragmatismo a la hora de seleccionar los instrumentos de evaluación, debido a la contradicción entre la necesidad de resolver problemas sociales urgentes y relevantes vs. las limitaciones de información y la escasez de instrumentos (10).

Por tanto, el problema que aborda esta tesis es el de la necesidad de contar con instrumentos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico adecuados a las características de nuestra población y de nuestra práctica asistencial

La preocupación por la selección de los procedimientos de diagnóstico en el campo de las Ciencias de la Salud es una línea de reciente desarrollo (11) y apenas comienza a ser mencionada en el campo de la Psicología de la Salud (12). Este problema es complejo ya que obliga a responder a tres preguntas fundamentales: ¿Por qué es necesaria la evaluación de los factores psicológicos en la asistencia cotidiana de los pacientes con dolor crónico?, ¿Cuáles son los factores psicológicos que debemos evaluar? y ¿Cómo y mediante qué medios deberá efectuarse la evaluación?

En la tesis se parte de profundizar en la caracterización de los problemas del trabajo multidisciplinario y de las expectativas de los enfermos ante la atención psicológica, para

plantear algunas estrategias para la organización del proceso de evaluación y la selección de los procedimientos para la misma. Asimismo, se intenta dar una respuesta parcial al problema de la necesidad de contar con cuestionarios y escalas válidas y confiables para la evaluación psicológica. Para ello, se desarrollaron dos estrategias fundamentales: la exploración de la utilidad en nuestra población de instrumentos desarrollados en otros contextos y la creación de procedimientos autóctonos, que responden a demandas específicas de nuestra práctica asistencial. En total se presentan los resultados de 8 investigaciones realizadas con 699 pacientes y 72 profesionales de la salud. Así, la tesis consta de:

INTRODUCCIÓN: que pretende ubicar al lector en el problema que se investiga y en los aportes de esta tesis a la solución del mismo.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA, formada por dos capítulos:

Capítulo 1: Aspectos psicológicos en el dolor. Contiene tres epígrafes:

- Definición de dolor y modelos explicativos
- Clasificaciones del dolor
- Principales aportes de la Psicología a la comprensión y evaluación del dolor.

Capítulo 2: Problemas metodológicos y prácticos de la evaluación psicológica del dolor crónico. Contiene dos epígrafes

- Objetivos, principios y procedimientos de la evaluación psicológica del dolor crónico.
- Problemas metodológicos en la selección de los procedimientos de evaluación: que a su vez se subdivide en las siguientes secciones:
 - El problema de la determinación sociocultural de las conductas de dolor.
 - La organización del proceso de evaluación: ventajas e insuficiencias del modelo de remisión de casos.
 - Presupuestos teóricos en que se basan las investigaciones sobre la organización de la evaluación psicológica y la selección de los procedimientos para este fin.

SEGUNDA PARTE:

Capítulo 3: Metodología. En el que se describen:

- Problema
- Objetivo General
- Objetivos Específicos

- Aspectos Generales
- Diseño de los estudios
- Criterios para la selección de las poblaciones de estudio y las muestras:
- Métodos y Técnicas
- Procedimientos para la aplicación de los resultados
- Procesamiento de los datos y análisis de los resultados

TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Formada por tres capítulos:

Capítulo 4: Resultados de las investigaciones dirigidas a caracterizar los aspectos de nuestra práctica asistencial que pueden influir en la evaluación psicológica. Contiene tres epígrafes:

- “Grupo en grupo”: la identificación de los problemas que afectan la interacción multidisciplinaria
- La aceptación de la atención psicológica de los pacientes con dolor crónico.
- Estrategias para la organización práctica de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico.

Capítulo 5: Estudios sobre adaptación y utilidad de algunos procedimientos para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. Presenta los resultados de dos investigaciones:

- Exploración de la utilidad del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico.
- Utilidad del Inventario de Depresión de A.T. Beck (BDI) para la evaluación de la depresión en pacientes con dolor crónico.

Capítulo 6: Estudios dirigidos a la creación de instrumentos cubanos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico. Describe las investigaciones realizadas para la elaboración y validación de dos nuevos procedimientos y valora el alcance y limitaciones de las investigaciones que integran la presente Tesis:

- Desarrollo de la Escala Dolor - Actividad - Relaciones Interpersonales: E-DARI.
- Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los pacientes con dolor crónico.

- Alcance y limitaciones de las investigaciones reseñadas.

Por último, se exponen las **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES** y la **BIBLIOGRAFÍA** utilizada y en los **ANEXOS** aparecen los instrumentos desarrollados en nuestro país y algunas tablas de interés secundario.

Las investigaciones que se presentan en esta tesis se enmarcan en los Programas Ramales de Salud: “Enfermedades Crónicas no Transmisibles” y “Evaluación de Tecnologías” y responden a las líneas de desarrollo que se plantearon en el Programa Psicología de la Salud 2000 por el Ministerio de Salud Pública.

La actualidad de este trabajo está dada por abordar una temática de amplia vigencia en la bibliografía internacional, mediante la combinación de métodos y enfoques de la investigación cuantitativa y cualitativa, para dar respuesta a un problema de la Psicología en nuestro sistema de salud, de ahí también su significación práctica y su pertinencia. Su novedad científica consiste en proponer nuevos instrumentos, autóctonos, que no sólo responden a nuestras necesidades asistenciales y características culturales, sino que también satisfacen requerimientos del contexto iberoamericano. Un ejemplo de ello es que el GEMAT ha sido solicitado por la Sociedad Española del Dolor para introducirlo en ese país en un estudio multicéntrico, así como por profesionales de México, Chile y Colombia.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL DOLOR

- **Definición de dolor y modelos explicativos**

El dolor acompaña a la existencia y nadie está inmunizado contra él. En cierto sentido, es un recordatorio de la vulnerabilidad humana y de nuestra pertenencia al reino animal; sin embargo, la forma en que surge, se manifiesta y se alivia es dependiente de variaciones culturales ⁽¹³⁾. El dolor, en tanto puede ser el resultado de accidentes y enfermedades, está relacionado con los comportamientos humanos y estilos de vida. Asimismo, hay un amplio rango de intentos de solución de los problemas involucrados en el dolor que están también culturalmente determinados. Tanto las prácticas mágico-religiosas de diferentes tribus, como la sofisticada tecnología médica del mundo occidental pueden ser valoradas como formas de enfrentamiento que ha empleado la humanidad ante los múltiples retos que representa el dolor ⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, el dolor es una experiencia esencialmente subjetiva que sólo es identificable en el contexto de procesos de comunicación. Usualmente, el dolor no es descubierto hasta que la persona que lo padece comienza a exhibir comportamientos que en nuestra cultura indican patología, como quejas de discomfort, ausencias al trabajo, minimización de las actividades sociales y búsqueda de ayuda.

La conceptualización que ofreció en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for Study of Pain - IASP) define el dolor como "*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma*" ^(7, p.12). El valor de esta definición está en el hecho de que resalta el carácter complejo y subjetivo de la experiencia de dolor y destaca su vinculación con las emociones, cogniciones y conductas. Algo más, en esta definición se reconoce que la experiencia de dolor puede producirse sin que se haya encontrado una explicación lesional de la misma.

Loesser, un importante investigador en el campo del dolor, ha dicho: "*El conocimiento*

más complejo sobre los substratos fisiológicos, anatómicos y bioquímicos de la percepción de dolor será siempre insuficiente para explicar un síndrome clínico tan común como el dolor de espalda" (15, p.23).

A pesar de que el alivio del dolor siempre ha sido una de las metas fundamentales de las acciones médicas, su estudio científico es relativamente reciente. Existe consenso en ubicarlo en fecha tan cercana como la década del cincuenta de este siglo ⁽⁵⁾ y los pioneros en este campo provenían de disciplinas médicas como la Anestesiología, la Bioquímica, la Neurofisiología y la Farmacología.

Por esa época, para explicar el dolor se partía de la Teoría Sensitiva o Específica que fue formulada a finales del siglo XIX a partir de los trabajos experimentales de Max von Frey (citado por Penzo, 4). De acuerdo a esta teoría, el dolor es el resultado final de un sistema lineal de transmisión sensorial (figura 1). La magnitud del dolor se consideraba proporcional a la magnitud de la destrucción tisular y la comunicación del dolor estaría en correspondencia unívoca con la lesión que lo provocó. Como señalara Melzack ⁽¹⁴⁾ en su libro " El Reto del Dolor", esta explicación equipara el dolor a la sensación.

Figura 1: Modelo Lineal simple del dolor, correspondiente a la Teoría de la Especificidad (tomado de Penzo, 1989).



Este modelo se ha utilizado hasta hace muy pocos años y aparece en muchos de los textos para estudiantes de Medicina. No es posible negar completamente su validez para explicar algunos cuadros dolorosos (principalmente de dolor agudo), sin embargo, no permite comprender una serie de hechos relevantes para la clínica como el dolor crónico, el dolor "fantasma", las posibilidades de aliviar el dolor con influencias psicológicas, etc. ⁽³²⁾

Desde el punto de vista experimental, la principal objeción a este modelo fue el descubrimiento de la existencia de mecanismos endógenos de analgesia tanto a nivel neuronal como bioquímico, específicamente en este último ámbito, el descubrimiento de la

presencia en todo el sistema nervioso de neuromoduladores y neurohormonas: los péptidos opiáceos endógenos. Posteriormente se demostró la existencia de otros mecanismos endógenos de analgesia no dependientes de los sistemas opiáceos ⁽¹⁷⁾.

A partir de las evidencias que cuestionan el modelo lineal, se plantea la necesidad de formular modelos complejos, de mayor sutileza explicativa y se proponen los llamados Modelos Multidimensionales.

El más conocido de estos modelos multidimensionales es el de Melzack y Casey ⁽¹⁸⁾ que define tres categorías o niveles que intervienen en la experiencia de dolor: nivel sensorial-discriminativo, nivel motivacional-afectivo y nivel cognitivo-evaluativo. Según los autores, cada uno de estos niveles depende de sistemas cerebrales especializados. El nivel sensorial-discriminativo estaría relacionado con los sistemas espinales de conducción rápida, el nivel motivacional-afectivo con los sistemas espinales de conducción lenta que influyen en las estructuras reticulares y límbicas y el nivel cognitivo-evaluativo con las funciones corticales superiores o neocortex (figura 2).

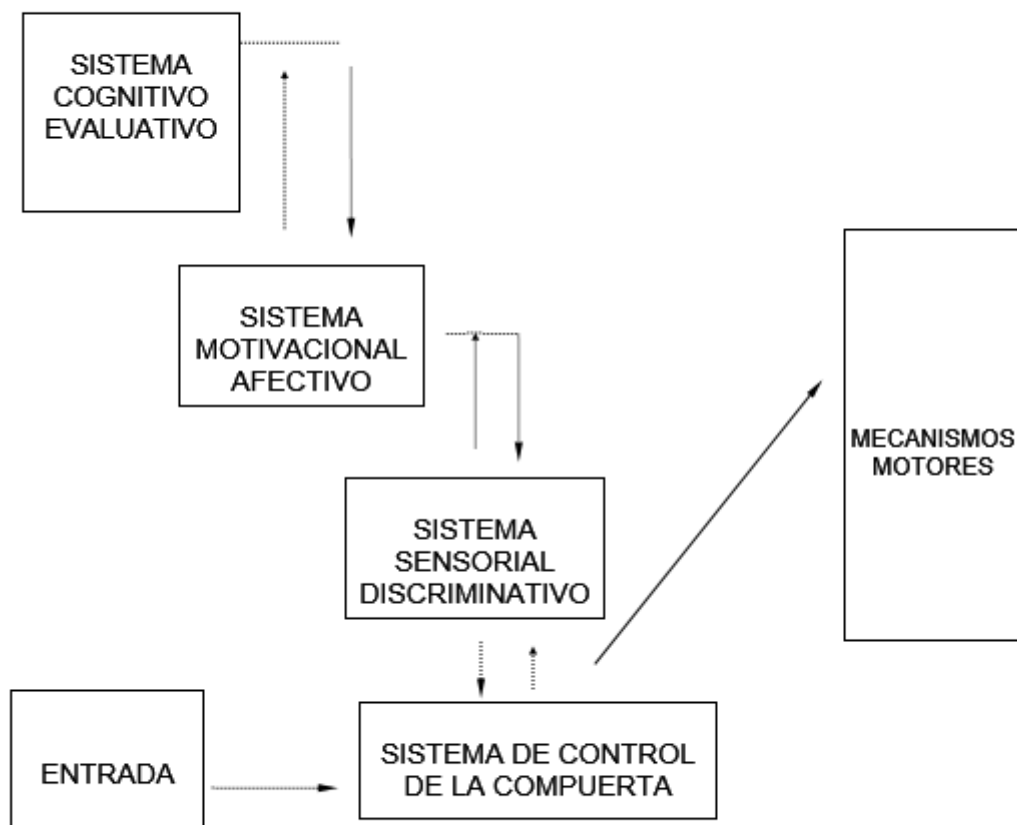
Este modelo se basa en la Teoría del Control de la Compuerta de Melzack y Wall ⁽¹⁹⁾ que se fundamenta en las evidencias de los mecanismos de analgesia de origen neural. Se trata de una teoría ampliamente sustentada con la investigación neurofisiológica y que posteriormente se amplió como una explicación general del funcionamiento del SNC, el cual actualmente se explica por mecanismos de compuertas, eléctricos o químicos, en todos los niveles funcionales.

Recientemente Melzack ⁽⁶⁾ ha perfeccionado este modelo y propone que el cerebro posee una red neural - en la neuromatriz de la conciencia corporal- que integra diferentes estímulos para producir el tipo de respuesta que provoca dolor. Según este autor, la neuromatriz de la conciencia corporal estaría formada por una red neural ampliamente distribuida e integrada por componentes paralelos somatosensoriales, límbicos y talamocorticales que son responsables de las dimensiones sensodiscriminativas, afectivo-motivacionales y evaluo-cognitivas de la experiencia de dolor. La arquitectura sináptica de la neuromatriz está determinada por factores genéticos y sensoriales. Entre los diferentes estímulos que actúan sobre los programas de la neuromatriz se encuentran:

1. Los estímulos sensoriales (receptores cutáneos, viscerales, etc.)
2. Estímulos visuales y otros que influyen en la valoración cognitiva de la situación

3. Estímulos cognitivos y emocionales tónicos y fásicos desde otras áreas del cerebro

Figura 2. Modelo Multidimensional de Dolor de Melzack y Casey (1968) tomado de Penzo (1989).



4. Modulación inhibitoria neural intrínseca, inherente en todas las funciones cerebrales

5. La actividad de los sistemas de regulación del estrés del organismo.

Este modelo pretende ser un marco teórico en donde el sistema de estrés y las funciones cognitivas del cerebro, además de los estímulos sensoriales tradicionales, modulan una plantilla genéticamente determinada para la conciencia corporal.

Otro de los modelos multidimensionales más conocidos, es el propuesto por J.Loesser ⁽¹⁵⁾. Este autor sugiere un esquema jerárquico de cuatro niveles, correspondientes a substratos anatómicos específicos.

La nocicepción se define como la energía térmica o mecánica potencialmente destructiva

tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas de las fibras A, delta y C. Puede describirse como un sistema de detección del daño periférico. El segundo nivel corresponde al dolor, que sería la experiencia sensorial provocada la percepción de la nocicepción, pero se reconoce que no existe una relación de dependencia lineal entre ambos niveles, es decir, que uno y otro pueden darse de manera independiente. El tercer nivel es el del sufrimiento, definido como la respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores, por el dolor y otras situaciones: pérdida de seres queridos, estrés, etc. El cuarto y último nivel sería el de las conductas de dolor, o sea, todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de la presencia de dolor que comprende el habla, la expresión facial, la postura, buscar atención y asistencia médica, consumir medicamentos o negarse a trabajar (figura 3).

Figura 3. Niveles en la experiencia de dolor, según el Modelo de Loesser (1980).



Una crítica que se puede hacer a estos modelos es que incorporan tímidamente elementos psicológicos a la explicación del dolor, y fracasan a la hora de explicar las interacciones entre los niveles biológico, psicológico y social. Penzo ^(4, p. 195) hace una acertada valoración cuando plantea: *"Estos modelos corresponden a planteamientos fundamentalmente analíticos, mediante los cuales se describe o se propone un cierto número y un cierto tipo de factores o categorías, pero sin explicar cómo se articulan y se organizan en un esquema de integración funcional a nivel psicológico. En su aplicación, la acción de cada componente se estudia por separado, tanto con referencia al tiempo como a*

los instrumentos utilizados. Cuando se propone un mecanismo de acción, este es acumulativo: cada categoría ejercería su acción en paralelo o sumada a las demás."

Sin embargo, tienen el mérito de intentar ofrecer una explicación multicausal del dolor y crear un espacio para la acción de otras disciplinas (como la Psicología, la Sociología, la Antropología) en el estudio y manejo de los problemas de dolor. Representan en este ámbito, una aplicación del modelo bio-psico-social propuesto por Engel ⁽²⁰⁾.

- **Clasificaciones del dolor.**

La investigación del dolor ha desarrollado dos enfoques fundamentales para su estudio: el enfoque experimental, que intenta comprender los misterios sobre el dolor a partir de investigaciones de laboratorio; y el enfoque clínico, consistente en la investigación con pacientes en el contexto del tratamiento médico del dolor.

Las diferencias entre dolor clínico y dolor experimental han sido ampliamente documentadas ^(4, 8,13). En el caso del dolor que se estudia en los contextos clínicos resulta generalmente difícil precisar el carácter, la intensidad y la fuente de los estímulos nociceptivos. En contraste con el dolor obtenido en el laboratorio, el dolor clínico es frecuentemente progresivo, crónico, diseminado. Por otra parte, el dolor experimental no responde a los analgésicos de probado valor en la clínica como la morfina o la aspirina, aunque quizás la diferencia más importante esté dada porque el dolor clínico constituye casi siempre para el paciente un evento vital negativo, desagradable, no deseado y del que no tiene posibilidades de control o escape; a diferencia del dolor que se logra en sujetos que se someten voluntariamente a un experimento de laboratorio.

Por estas razones, conceptos derivados de las investigaciones experimentales sobre dolor, como "umbral", "tolerancia", etc. tienen poco valor en la práctica clínica, donde pasan a un primer plano la evaluación de los factores contextuales (ambiente familiar, relaciones maritales), cognitivos (creencias, atribuciones, expectativas), emocionales (depresión, ansiedad), personales (estilos de afrontamiento, actitudes, recursos de resistencia), entre otros.

En el ámbito clínico se utilizan diferentes criterios para clasificar el dolor. Muchos de ellos se superponen y de hecho no representan más que diferentes perspectivas taxonómicas, por

lo que frecuentemente se necesita combinar varias clasificaciones para poder llegar a una descripción más o menos certera del dolor. Los psicólogos debemos adscribirnos a estas clasificaciones hasta tanto no tengamos una taxonomía propia. Además, ellas son de interés para la Psicología pues en muchas de ellas hay demandas implícitas o explícitas para nuestra especialidad.

Una distinción frecuente en la clínica es la de dolor "maligno" para referirse al dolor que presentan los pacientes con cáncer vs. dolor "benigno" para hablar de los restantes síndromes de dolor. Las connotaciones psicolingüísticas implícitas en esta dicotomía son tan evidentes como negativas, por lo cual actualmente se prefiere la denominación "dolor por cáncer" ⁽²¹⁾, la cual no deja de tener objeciones, ya que muchas veces el dolor de los pacientes con cáncer no es causado directamente por el tumor.⁽²²⁾

El dolor también es usualmente clasificado ⁽²³⁾ en función de los servicios médicos en que habitualmente se atiende. Así se habla de dolor reumático, dolor oncológico, dolor neurológico, etc. Esta clasificación a menudo se mezcla con distinciones localizacionistas como son dolor lumbar, dolor de espalda (back pain), cefalea, etc.

También se suele clasificar el dolor en función de un criterio de localización general en : cutáneo o periférico, somático o profundo y visceral ⁽⁴⁾. El dolor cutáneo o periférico se produce por lesiones en la piel o mucosas y es en consecuencia, un dolor bien delimitado y localizado. Es típico de las heridas o quemaduras. Penzo ⁽⁴⁾ señala acertadamente que para la Psicología este tipo de dolor presenta una importante significación ya que se trata del ejemplo en el cuál con más facilidad el doliente y los que le rodean comparten información relevante. Es también la situación en que con frecuencia los niños aprenden los primeros elementos del lenguaje referido al dolor y las formas de comunicación de la experiencia dolorosa socialmente aceptadas.

El dolor somático profundo involucra a los músculos y estructuras osteoarticulares. Se caracteriza por estar mal definido y localizado, con variaciones poco claras y difíciles de describir. La mayoría de los dolores mal llamados "psicógenos" pertenecen a esta categoría. La existencia del dolor visceral es cuestionada por ser discutible la existencia de nociceptores viscerales específicos ⁽⁴⁾. Son los de más difícil localización pues pueden darse irradiaciones o referirse a zonas distantes de la presunta lesión.

Se ha clasificado el dolor de acuerdo a su etiología en dolor "psicógeno" vs. dolor

"orgánico" ⁽²⁴⁾. Esta clasificación se asocia a diagnósticos tales como hipocondría, histeria, alucinaciones y refleja claramente una concepción dualista que presume una división mecánica de alma-cuerpo . De acuerdo a este enfoque, se tienden a considerar como "psicógenos" a todos aquellos cuadros en los que no puede precisarse un factor biológico que pueda tener valor etiológico. Es decir, el diagnóstico de "dolor psicógeno" se realiza por exclusión y no se define de manera positiva por el hallazgo de factores de índole psicológica que expliquen su desarrollo*. Como ha ocurrido en múltiples ocasiones, cuando se descubre alguna causa biológica que pueda explicar aunque sea de manera parcial el síntoma, se desechan los factores psicológicos que también pueden intervenir en su origen. Esto tiene repercusiones para:

1. Los pacientes: quienes son responsabilizados por sus quejas y frecuentemente dejan de recibir tratamientos biológicos necesarios para el alivio de sus síntomas.
2. La Psicología y la Psiquiatría como profesiones: ya que se convierten en el reservorio de pacientes con problemas de dolor de difícil manejo, y se les exigen verdaderos milagros.
- 3, Las restantes especialidades médicas relacionadas con el tratamiento del dolor: cuyo desarrollo tecnológico se verticaliza en la búsqueda de procedimientos de tratamiento sofisticados, caros y de poco impacto en la problemática del dolor, al no tener en cuenta los factores psicosociales.

Por estas razones, esta clasificación no es aceptada por los especialistas en la atención al dolor ^(4, 23,24,).

Desde el punto de vista de la Psiquiatría se han realizado caracterizaciones del dolor que se recogen en los Manuales Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III, 1985, DSM-III-R, 1990 y DSM-IV, 1995).

En el DSM-III ⁽²⁵⁾ apareció la clasificación de dolor psicógeno , que fue sustituida en el DSM-III-R ⁽²⁶⁾ por dolor somatoforme, cambiando también algunos criterios de diagnóstico, pues incluye en esta categoría los cuadros en que el dolor o el deterioro social es claramente desproporcionado con relación a lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.

*N. del A: Hay un comentario humorístico en los ámbitos de la Salud acerca de que en Medicina cuando se desconocen las causas de un síntoma o trastorno se dice que son "psicógenos".

Soler ⁽²⁷⁾ cita un trabajo de King y cols. (1994) en el que se discute el concepto de trastorno de dolor somatoforme del DSM-IV ⁽²⁸⁾ y se propone una nueva categoría: Trastornos de dolor, dividida en cuatro subtipos: 1) tipo psicológico 2) tipo secundario que no se debe a una condición médica-psiquiátrica, 3) tipo combinado y 4) tipo inespecífico. Esta propuesta, aunque con mayor refinamiento, sigue suscrita a este estilo de pensamiento.

Desde la perspectiva de la Antropología Médica, el dolor crónico se ha clasificado como "enfermedad" y como "padecimiento" ⁽²⁹⁾. El dolor como "enfermedad" se refiere a la visión médica del sufrimiento del paciente, como patologías, síntomas o síndromes identificables. Desde esta óptica, la concepción biomédica científica de la enfermedad, lesión orgánica, disfunción o degeneración, guía el tratamiento y versan las pautas que debería seguir el curso del dolor. El dolor como "padecimiento", sin embargo, se refiere a la perspectiva del paciente, a su particular comprensión, no profesional, sobre el dolor y sus efectos en su vida cotidiana. Incluye las quejas verbales, las incapacidades físicas, los cambios en el estilo de vida, los miedos y ansiedad que sufre el hombre enfermo y que frecuentemente guían las decisiones acerca del tratamiento y determinan el curso que seguirá el trastorno. El dolor como dolencia o padecimiento es el resultado de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales y, en última instancia, constituye el verdadero reto que las ciencias médicas y sociales tienen que enfrentar ⁽²⁹⁾.

Desde un punto de vista psicofisiológico, Turks y cols. ⁽³⁰⁾ clasifican cinco tipos de dolor:

- 1) dolor agudo, usualmente autolimitante y de pocos meses de duración
- 2) dolor crónico periódico, que se manifiesta de forma aguda recurrente
- 3) dolor crónico benigno intratable, presente durante mucho tiempo con intensidad variada
- 4) dolor progresivo crónico, muchas veces asociado al cáncer
- 5) dolor inducido experimentalmente.

Kerns y cols. ⁽³¹⁾ han intentado una clasificación del dolor desde la perspectiva psicológica. Estos autores delimitan tres perfiles característicos de los pacientes con dolor crónico:

- a) perfil disfuncional: se caracteriza por niveles superiores a la media en severidad del dolor, interferencia vital y malestar afectivo y niveles inferiores a la media en control sobre la vida y la actividad.
- b) perfil de malestar interpersonal: en pacientes que perciben menor apoyo, reportan bajos

niveles de actividad y alto grado de malestar psicológico debido al dolor.

c) perfil de pacientes adaptados al dolor: con bajos niveles de severidad, interferencia del dolor en la vida y malestar afectivo, y con una percepción de control sobre la vida, actividad y buen apoyo social.

Por su progresión temporal los dolores pueden distinguirse por su inicio (brusco o progresivo), su curso (intermitente, continuo o con exacerbaciones esporádicas) o por su ritmicidad (diaria o estacional) ⁽³²⁻³⁾. Sin embargo, la clasificación a la que se ha prestado más atención es la de dolor agudo vs. dolor crónico.⁽³³⁾

La IASP ^(7, p. 2) define al dolor crónico como "*aquel que se extiende después del tiempo en que normalmente debía haberse extinguido*". Sin embargo, hay consenso ⁽³³⁾ de considerar como dolor crónico aquel que dura seis meses o más. Aquí ya comienza a crearse confusión pues la definición teórica de dolor crónico no se corresponde con la que operacionalmente predomina en la práctica. De hecho, muchas enfermedades crónicas tienen como síntoma el dolor, el cual es clasificado como tal, por ejemplo, la osteoartritis o la artritis reumatoidea. La definición de la IASP contiene alusiones a factores psicosociales implicados en la duración del dolor y también al fracaso de las intervenciones médicas convencionales, que no siempre pueden evidenciarse en estos cuadros de dolor, que por lo demás no se manifiestan de manera constante (como también estaría implícito en la definición de crónico), sino que generalmente su curso es recurrente, episódico.

En el dolor agudo o de reciente aparición generalmente es posible identificar una lesión, a menudo hay signos externos y observables de daño tisular como la inflamación o manifestaciones neurovegetativas que "avalan" las quejas del paciente. Suelen presentar un curso bien definido y desaparecer cuando son tratadas adecuadamente las causas que lo provocaron.

El dolor crónico es el opuesto del agudo. Su inicio es generalmente progresivo, no puede asociarse directamente a una lesión, su curso es impredecible para el paciente y muchas veces para los profesionales que lo atienden y no responde a los tratamientos de la manera que se espera. Desde el punto de vista terapéutico plantea una situación delicada ya que no pueden aplicarse las pautas usuales para el manejo del dolor agudo (sedación, reposo, analgésicos) so riesgo de generar complicaciones posteriores para la vida y la capacidad funcional del paciente. La mayor parte de los cuadros de dolor crónico son rebeldes a los

tratamientos convencionales y de hecho en la literatura suelen aparecer como sinónimos (4,33).

Desde el punto de vista psicológico su estudio ha generado una vasta bibliografía y la mayor parte de las intervenciones psicológicas están diseñadas para este tipo de dolor. Las demandas de atención psicológica se destinan para estos pacientes, entre otras razones, porque los médicos se sienten confundidos ante estos casos. Diversos estudios (34-5) muestran que los médicos internistas mencionan las quejas incesantes de estos pacientes, sus exigencias de resultados rápidos y su negación a aceptar el diagnóstico de dolor crónico como los principales problemas que les plantea el tratamiento de estos cuadros.

- **Principales aportes de la Psicología a la comprensión y evaluación del dolor.**

En la década del 50-60 se produjeron los primeros intentos de describir factores psicológicos asociados al dolor, por los partidarios del enfoque psicodinámico (36). Basaron sus planteamientos en el estudio de casos, en los que podía verse el dolor como un síntoma conversivo, equivalente depresivo o una reacción hipocondríaca. Para estos autores el dolor se presentaba como una neurosis de conversión, resultante de un compromiso entre la realización de deseos prohibidos y su penalización inconsciente.

Algunos estudios experimentales muestran evidencias que apoyan parcialmente estos supuestos (36-8). Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes con dolor de espalda, durante las sesiones terapéuticas, mostraban registros electromiográficos cervicales sugestivos de un aumento de la actividad muscular cuando verbalizaban situaciones desagradables, mientras que cuando hablaban de fantasías agradables, estos registros disminuían.

En esta línea de pensamiento se encuentra el planteamiento de la existencia de una personalidad propensa al dolor (39), cuya esencia consiste en que en los individuos con una personalidad de este tipo pueden aparecer cuadros de dolor en ausencia de nocicepción. Estas personas se caracterizarían por una historia de sufrimiento, fracaso, intolerancia al éxito, fuerte energía agresiva que no se satisface y desarrollo de dolor ante situaciones de amenaza o pérdida.

La mayoría de los estudios dirigidos a estudiar personalidad en los pacientes con dolor crónico han utilizado inventarios como el MMPI y el EPI. Una serie de estudios (39-45) con

el MMPI encontraron que los pacientes con dolor crónico presentaban puntuaciones elevadas en las escalas de histeria (Hy), hipochondría (Hs) y depresión (D). Este perfil, llamado perfil V, de conversión o triada neurótica es comúnmente interpretado como indicativo de que los síntomas físicos son la resultante de desajustes psicológicos que el sujeto niega. Este perfil se utilizó para discriminar entre pacientes con dolor de etiología orgánica o psicógena ⁽³⁹⁻⁴¹⁾ y predecir la respuesta a los tratamientos médicos ⁽⁴³⁻⁵⁾. Sin embargo, este tipo de perfil se ha descrito también en pacientes con otros trastornos crónicos que no presentan dolor ^(42,46) por lo que se considera mas asociado a la cronicidad que al dolor . No se recomienda interpretar este perfil como indicador de personalidad histriónica o histérica ^(42,46). Debe tenerse en cuenta que las escalas Hy y Hs contienen muchos ítems referidos a síntomas físicos comunes en los pacientes con dolor crónico. Además, 20 de los 33 ítems de la escala Hy aparecen también en la escala Hs, por lo que ambas puntúan en la misma dirección y aumentan a la vez .

El Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) parece ser mas apropiado para la investigación de los pacientes con dolor pues esta libre de cuestiones somáticas ⁽⁴⁷⁻⁸⁾. Los estudios realizados con el EPI han encontrado asociación entre neuroticismo y dolor crónico ⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾. Como quiera que recientemente se ha encontrado que el neuroticismo esta asociado a las quejas de salud física y al uso de los servicios de salud ⁽⁵²⁻³⁾ hay que ser cuidadosos a la hora de interpretar estos resultados.

Uno de los asuntos más relevantes en el estudio del dolor es su nexos con los estados emocionales. Una línea importante ha sido la investigación de los intervínculos entre el dolor y estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión ⁽⁵⁴⁾. Existe, al parecer, una asociación entre dolor y depresión. Los estudios dirigidos a buscar la incidencia de depresión entre los pacientes con dolor han mostrado rangos que van del 10 % al 100 % de los casos ⁽⁵⁵⁾. La propia definición de dolor contiene explícitamente la asociación de las emociones desagradables con el dolor. Se considera ⁽⁵⁶⁾ que existe un fuerte riesgo de depresión con intentos suicidas en la fase crónica del dolor (entre 6 meses y 8 años), en la que el paciente verifica que el dolor puede ser permanente. En la fase subcrónica (de 3 a 12 años) se produce una aceptación del problema, disminuyendo o incluso desapareciendo los síntomas depresivos.

Sin embargo, los intervínculos entre dolor y depresión no están claros ^(54,57). Dada la

insuficiencia de estudios longitudinales, hay debate con respecto a la relación temporal entre el debut de la depresión y el dolor. Se han propuesto ⁽⁵⁷⁾ tres hipótesis: a) la depresión es primaria con respecto al dolor, b) la depresión es secundaria al dolor y c) ambas aparecen simultáneamente.

La primera hipótesis se sustenta en estudios de laboratorio que demuestran que los niveles altos de depresión incrementan la focalización de la atención a las sensaciones corporales y el reporte de dolor y malestar ⁽⁵⁷⁾. También en que la inducción de estados de ánimo depresivo disminuye la tolerancia al dolor inducido experimentalmente ⁽⁵⁸⁾.

La segunda hipótesis considera que la depresión es una reacción psicológica al dolor crónico ⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Desde el modelo cognitivo-conductual se plantea que las distorsiones cognitivas son las que modulan la relación dolor-depresión ⁽⁵⁸⁾. Algunos estudios apuntan hacia la asociación entre distorsiones cognitivas, depresión y dolor ⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾, sin embargo la metodología usada (búsqueda de correlaciones) no permite afirmar cuales son los antecedentes y cuales son las consecuencias. Estudios realizados en la última década con diseño longitudinal han aportado evidencias a favor de la idea de que la depresión es consecuencia del dolor ⁽⁶⁰⁻⁵⁾

La tercera hipótesis se basa en el planteamiento de que ambos fenómenos son independientes pero que en ellos intervienen una serie de procesos psicológicos y biológicos que son activados en respuesta a estresores precipitantes ⁽⁶⁶⁻⁷⁾. Desde el punto de vista psicológico se tiene en cuenta la falta de habilidad para modular o expresar emociones intensas o inaceptables y desde el punto de vista biológico determinados neurotransmisores y disfunciones en el sistema opioide ⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾.

Otra explicación psicológica ha sido propuesta por Pilowsky ⁽⁶⁷⁾ a partir del concepto de conductas de enfermedad. De acuerdo a este autor, la depresión se daría en los pacientes con dolor crónico que manifiestan una fuerte convicción de enfermedad, a pesar de haber recibido explicaciones razonables acerca de la naturaleza de su trastorno y el tratamiento a seguir.

En cuanto a la ansiedad, existe controversia con respecto a si ella aumenta o no el dolor ⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾. Una teoría defiende que a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido ⁽⁶⁹⁾. Otros autores ⁽⁷²⁻³⁾ plantean que la ansiedad reduce el dolor y activa al organismo (en contraposición con el dolor, que lo desactiva). Desde un punto de vista

fisiológico ambas posturas son aceptables pues:

a) la ansiedad aumenta la actividad simpática, por lo que puede estimular los nociceptores
 b) la tensión muscular que frecuentemente acompaña a la ansiedad puede provocar dolor añadido.

c) la ansiedad aumenta la liberación de los opioides endógenos que pueden reducir el dolor. Arnould y cols. ⁽⁷³⁾ revisaron seis estudios experimentales sobre este tópico de los cuales, tres encontraron que la ansiedad aumenta el dolor, dos hallaron el efecto contrario y uno no demostró ningún efecto claro.

Se ha hipotetizado que la atención puede ser una variable mediadora entre ansiedad y dolor. ⁽⁷³⁻⁴⁾. Cuando la ansiedad tiene un componente hipocondríaco o esta asociada a una hipervigilancia de las sensaciones corporales, actuaría como un factor que incrementa el dolor, mientras que cuando la ansiedad es debida a conflictos o situaciones ajenas al problema del dolor, se incrementaría la atención activa hacia estas situaciones y por ende, disminuiría la atención a las sensaciones corporales, disminuyendo las quejas de dolor.

Vallejo ⁽⁷⁴⁾ propone un modelo que intenta explicar los intervínculos entre emociones y dolor. Parte de considerar el dolor como una actividad perceptiva y en este sentido, estrechamente relacionado con la atención como proceso psíquico. También considera ⁽⁷⁵⁾ que el dolor es el resultado de un conjunto de actividades biológicas y fisiológicas y tiene su propio sistema de autorregulación natural, estrechamente vinculado al sustrato neuroquímico de las emociones, de ahí que ellas puedan favorecer o dificultar el sistema natural de regulación o modulador del dolor .

También se ha enfocado el estudio del dolor desde la perspectiva del enfoque familiar sistémico. Se supone que los síntomas tienen un rol específico dentro del sistema familiar. Warning ⁽⁷⁶⁾ se refiere al dolor crónico en su modelo , de acuerdo al cual, los síntomas del paciente cubren necesidades emocionales de otros miembros de la familia. Estas necesidades llevan al refuerzo del síntoma y al subsiguiente rol homeostático de la enfermedad.

De acuerdo con Engle ⁽³⁹⁾, el dolor es un equivalente depresivo para las familias que no suelen definir el distress con términos psicológicos.

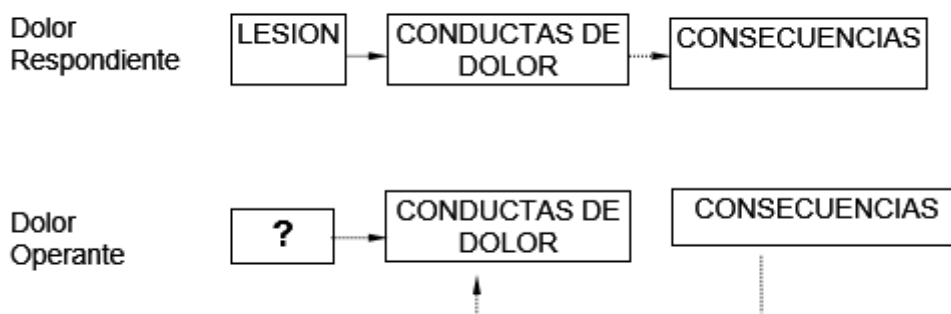
La incorporación de la psicología al estudio y tratamiento multidisciplinario del dolor coincide con el auge de la modificación de conducta y la introducción de los enfoques

cognitivo-conductuales en la conceptualización y solución de múltiples problemas de salud. Quizás esto explique que el grueso de la literatura psicológica con relación al dolor haya sido generado desde estas perspectivas teóricas.

Para los partidarios del enfoque conductista, el objeto de estudio de la psicología en el dolor son las conductas de dolor ⁽⁴⁾. La conducta de dolor, como manifestaciones observables y mensurables del dolor, ocupan un papel central en el modelo del dolor operante de Fordyce^(14, 77,79). Ellas pueden definirse como " *las unidades funcionales de comportamiento del individuo en un contexto socialmente designado como dolor* " (77, p.44) ; o sea, los modos por los cuales el dolor o la enfermedad es comunicado a los demás.

Se considera importante distinguir entre las conductas de dolor "respondientes" y "operantes". Las conductas de dolor respondientes son aquellas controladas por estímulos nociceptivos precedentes, específicos y discretos. Sin embargo, las conductas de dolor operantes son influidas por hechos específicos que siguen a su ocurrencia. (figura 4)

Figura 4. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).



Ello no significa necesariamente que las conductas de dolor operantes puedan ser consideradas como sinónimo de simulación o como mecanismos histéricos. Tal vez la implicación fundamental de la concepción de que las conductas de dolor pueden funcionar como operantes sea la de resaltar el papel del aprendizaje en la determinación de estas conductas. Ello permite comprender por qué pueden persistir conductas de dolor mucho tiempo después de que hayan cesado las causas originales y, en consecuencia, diseñar programas terapéuticos dirigidos a la extinción de dichas conductas.

De acuerdo con Fordyce ⁽⁷⁷⁾ las conductas de dolor incluyen: quejas verbales de dolor y sufrimiento, sonidos no relacionados con el lenguaje, posturas corporales y

gesticulaciones, conductas dirigidas a reducir el dolor. Se deben pues considerar a las conductas de dolor como expresiones funcionales del dolor y del contexto socio-psicológico en que éste se produce. Ellas nos brindan información acerca de la intensidad, localización, extensión y dinámica del dolor; pero también nos comunican acerca de las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes. En este sentido, ellas son de valor para el diagnóstico integral del dolor, y al mismo tiempo, objeto de su tratamiento.

Hay suficientes evidencias en apoyo de este modelo, derivadas principalmente de los trabajos acerca del papel que juegan las conductas de esposos y familiares allegados en el desarrollo y evolución de ciertos tipos de dolor ⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾ .

Desde esta perspectiva de la modificación de conducta, el acercamiento general a la evaluación psicológica del dolor sería el mismo que en cualquier otro tipo de problema ⁽⁴⁾. Se incluirían en el estudio tanto las conductas verbales (movimientos, gestos, expresiones faciales, etc.) como las extraverbales. Por ende, la evaluación psicológica debe brindar información sobre los siguientes contenidos:

- 1- Comportamientos verbales referidos a la localización espacio-temporal, intensidad y cualidades del dolor.
- 2- Comportamientos verbales y no verbales indicativos de dolor.
- 3- Indicadores de incapacidad, invalidez e interferencia en el nivel de actividad habitual.
- 4- Factores reforzadores o aversivos procedentes del contexto habitual del sujeto (hospital, familia, etc.).

Los procedimientos de evaluación más utilizados en el enfoque conductual son los autoinformes, los autoregistros, la observación directa en ambiente análogo y la observación directa en ambiente natural ⁽⁴⁾. En estos procedimientos, la objetividad y la pertinencia serían criterios contradictorios, pues mientras más objetivo es el procedimiento (como la observación directa en ambiente natural) menos pertinente se hace su uso.

El modelo cognitivo-conductual del dolor no niega lo planteado hasta aquí, pero considera relevantes para la evaluación psicológica no solo las conductas de dolor, sino también las creencias, expectativas y actitudes, las atribuciones, estrategias de afrontamiento, apoyo social, etc.

Los partidarios de este modelo asumen que el dolor constituye un evento vital negativo,

considerando válido su estudio a partir de los conceptos y presupuestos fundamentales derivados de las investigaciones del estrés, particularmente, de la concepción desarrollada por R. Lazarus ⁽⁸²⁾. Parten de la hipótesis de que las cogniciones (creencias, evaluaciones, expectativas) de una persona acerca del dolor puede tener un impacto sobre su ajuste a partir de su influencia en los esfuerzos de afrontamiento.

Las expectativas específicas del sujeto con respecto a los resultados de determinadas estrategias de afrontamiento pueden ser importantes para predecir su conducta futura. ⁽⁸³⁻⁸⁸⁾. La autoeficacia se ha definido en este ámbito de estudio, como la creencia del sujeto en que él posee habilidades y recursos para tratar su dolor ⁽⁸⁹⁾. Se han encontrado asociaciones significativas entre los juicios de autoeficacia y el nivel de actividad y el bienestar emocional en pacientes con dolor crónico ⁽⁹⁸⁻⁹⁾.

El afrontamiento (coping) ha sido definido como *"el conjunto de esfuerzos y acciones orientados al tratamiento de las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellos"* ^(82, p. 124). Se han identificado dos tipos básicos de afrontamiento: el centrado en la solución del problema y el centrado en la regulación del impacto emocional que provoca las situaciones estresantes.

El estudio del afrontamiento al dolor crónico está en íntima relación con el estudio del afrontamiento a la enfermedad y a la investigación de cuáles son los tipos de afrontamiento más adaptativos y eficaces.

Se ha considerado, en sentido general, que las estrategias de afrontamiento activo, centradas en la solución del problema, son más eficaces para lograr un buen ajuste a las enfermedades crónicas y al dolor ⁽⁸²⁻⁸⁸⁾. La negación como estrategia de afrontamiento, es favorable para el bienestar emocional en los momentos iniciales de la aparición de problemas que pueden tener consecuencias muy peligrosas para el sujeto pero desfavorable a largo plazo pues inhibe el desarrollo de conductas de autocuidado ⁽⁸⁴⁾. El catastrofismo como tendencia a focalizar la atención sobre el problema y exagerar sus consecuencias, está asociado a mayores niveles de dolor y depresión ⁽⁸³⁻⁴⁾.

En un estudio realizado el Servicio Nacional de Reumatología en el año 1993 ⁽⁹⁰⁾ con una muestra de 60 pacientes con dolor crónico de origen reumático encontramos que el tipo de afrontamiento pasivo estaba relacionado con un peor estado emocional y con indicadores humorales de gravedad y pronóstico negativo de estas enfermedades, así como con

mayores niveles de dolor y discapacidad.

Actualmente se señalan una serie de problemas en la evaluación de la eficacia del afrontamiento para el bienestar de las personas que sufren problemas de salud crónicos ⁽⁹¹⁾. En primer lugar, la inmensa mayoría de los estudios no evalúan el afrontamiento en función de las demandas específicas que le plantea al sujeto la enfermedad, como debería hacerse, si partimos del supuesto de que el afrontamiento es un proceso dinámico y situacionalmente determinado.

Un segundo problema estaría dado por la carencia de instrumentos de evaluación razonablemente válidos. En la literatura aparecen descritos múltiples cuestionarios para la evaluación del afrontamiento al dolor crónico que son modificaciones del cuestionario original de Lazarus y Folkman. Estas modificaciones consisten en la eliminación de algunos ítems y la adición de otros que al autor le parecen útiles para el caso del dolor. No hay consenso entre los autores acerca de cuales estrategias deben ser evaluadas y los estudios de validación muestran serias debilidades psicométricas como la creación de normas a partir de muestras no representativas, escaso estudio de la validez empírica y predictiva, etc. ⁽⁹¹⁾

Otro importante cuestionamiento que debe hacerse es que los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento (funcionamiento bioquímico y psicofisiológicos, retorno al nivel de actividad habitual, distrés psicológico) están multidimensionalmente determinados. Se ha encontrado en estudios metaanalíticos que el afrontamiento explica el bienestar en no más de un 5% de la varianza ⁽⁹¹⁾.

El nivel intelectual y cultural general parecen ser variables importantes para predecir el ajuste a la enfermedad. Se supone que esto ocurre porque el individuo con recursos intelectuales tiene más posibilidades de buscar información confiable ⁽⁹²⁾. La fuerza del yo y la autoestima pueden también influir en la adaptación a la enfermedad ⁽⁹³⁻¹⁰⁰⁾. S.O. Kobasa ⁽¹⁰¹⁾ llamó resistencia (hardiness) a un conjunto de cualidades personales que involucran el vivir la vida a plenitud, poseer un sentimiento de competencia y una orientación productiva. Diversos estudios ⁽¹⁰²⁻⁸⁾ han mostrado que las personas con estas cualidades tienen mejor adaptación psicofísica al estrés, al dolor y a diversas enfermedades.

Sin embargo, no solo los factores individual-personales influyen en la eficacia del

afrontamiento. Las propias características de la enfermedad y del dolor también desempeñan un papel importante ⁽¹⁰⁹⁾. Muchos pacientes con afecciones que provocan dolor crónico deben afrontar el problema del "estigma" que se asocia a enfermedades como el cáncer, las enfermedades reumáticas, las neurológicas y otras. Es importante tener en cuenta que el carácter estigmatizante de las enfermedades no proviene solo de sus atributos y características, sino también de las creencias de la población con respecto a ellas ⁽¹¹⁰⁾.

Algunos síntomas como las deformidades físicas y las distorsiones de la locomoción, frecuentes en enfermedades crónicas, son interpretadas por el resto de las personas como indicadores de que el paciente es incapaz de ser productivo y socialmente adecuado ⁽¹¹¹⁾. Cuando, por el contrario, los síntomas no son visibles, se dan situaciones paradójicas que llegan a afectar el bienestar del individuo ^(110,111).

Una variable importante que mediatiza los efectos del afrontamiento en el ajuste a la enfermedad y al dolor es el apoyo social, que puede ser definido como *"la información, la asistencia y los recursos que el individuo recibe de los demás"* ^(112, p. 77).

Los beneficios del apoyo social han sido ampliamente documentados. Hay consenso con la noción de que el apoyo social facilita la recuperación y reduce el riesgo de mortalidad, se asocia a una mejor adaptación a la enfermedad, se relaciona con los hábitos de salud, favorece el cumplimiento de los tratamientos y el uso de los servicios de salud ⁽¹¹²⁻²⁷⁾.

El apoyo social ha aparecido como una variable que modula los reportes de dolor de pacientes con artritis reumatoide ⁽¹¹⁷⁾, sin embargo, existen suficientes evidencias de que la conducta solícita de los esposos y allegados al paciente tienden a reforzar los comportamientos de dolor ⁽¹²⁰⁾. Por otra parte, la falta de apoyo social se encuentra asociada a un peor pronóstico de las enfermedades ⁽¹²¹⁾.

Independientemente de las relaciones "directas" que se han establecido entre el apoyo social y el dolor, el vínculo entre ambos puede verse mediatizado por el estrés, en tanto el apoyo social ha sido considerado un modulador de los efectos de este último ⁽¹²²⁻³⁾

Se plantea ⁽¹²²⁾ que el apoyo social es un metaconstructo que incluye las redes de apoyo, los comportamientos de apoyo y la evaluación subjetiva de apoyo:

Las redes de apoyo pueden definirse como "el conjunto de relaciones sociales accesibles a las que objetivamente se pueden acudir en tiempos de necesidad y que ofrecen un enlace

estable a un grupo social" ^(122 ,p.45) y las conductas de apoyo como un intercambio de recursos entre al menos dos individuos, percibido por el proveedor o por el receptor como que intentan mejorar el bienestar del receptor ⁽¹²³⁾

Se plantea que los efectos positivos del apoyo social en el estrés pueden explicarse por dos mecanismos. El primero se corresponde con el Modelo interactivo o de "buffer" que considera que el apoyo social tiene efectos directos y de amortiguador del estrés ya que permite prevenirlo y moderarlo ⁽¹²⁴⁾. Otro mecanismo, que ofrece mayor sutileza explicativa, podría encontrarse a partir del Modelo de la Especificidad que considera que estresores particulares generan demandas de afrontamiento particulares y que el apoyo sólo será efectivo si es capaz de satisfacer esas demandas ⁽¹²⁶⁾.

Diferentes factores pueden interferir en la eficacia del apoyo social a los enfermos crónicos. Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes masculinos reciben más apoyo que las mujeres ^(125,127), y que hay personas que no saben obtener apoyo, especialmente el apoyo emocional ⁽¹²¹⁾.

Hay una serie de factores que determinan las posibilidades que tienen los sujetos de recibir apoyo efectivo. Ellos son: las características del propio individuo, propiedades específicas de las relaciones interpersonales que influyen en los procesos de apoyo, factores culturales, el entorno actual, el estrés y los estados emocionales ^(119, 122-3).

Se ha encontrado que el afrontamiento activo genera más apoyo social. Las personas que son consideradas "no culpables" de sus problemas reciben más apoyo ⁽¹¹⁹⁾. La resistencia, el locus interno de control, la autoestima y el Sentido de Coherencia facilitan el acceso a las redes de apoyo y su uso más eficaz y facilitan relaciones interpersonales saludables y fuertes ⁽¹²¹⁾.

En sentido general, el estrés de una enfermedad suele ser un disparador de procesos de apoyo ⁽¹²¹⁾. Es un hecho que el estrés del proveedor de apoyo puede ser un obstáculo para que el apoyo sea eficaz ⁽¹²¹⁻³⁾. También se ha observado que las reacciones de ira ante la enfermedad tienden a alejar el apoyo más que las depresivas ⁽¹²¹⁾. Por otra parte, los sujetos depresivos reciben menos apoyo o están más insatisfechos con este que las personas que no se deprimen ⁽¹²¹⁻³⁾.

El papel mediatizador del apoyo social en los resultados del afrontamiento se destaca cuando se analizan los datos provenientes de los llamados "grupos de autoayuda". Se

plantea ⁽¹²⁸⁻⁹⁾ que los grupos de autoayuda han resultado muy positivos para pacientes con problemas de dolor crónico y cáncer.

En resumen, puede plantearse que los estilos de afrontamiento al dolor crónico no son independientes de las estrategias generales de afrontamiento a la enfermedad crónica de base. Su eficacia estará mediatizada por factores individuales, fundamentalmente características de la personalidad y los llamados "recursos de resistencia" (multiplicidad de estrategias en el ajuste a la enfermedad, nivel intelectual y cultural, fortaleza del yo y preservación de su imagen, etc.) , pero también por las características de la enfermedad y las creencias de la población con respecto a ella, el nivel de exigencias procedentes de diversas fuentes (pareja, trabajo, estudios), en relación con el nivel de discapacidad originado por la enfermedad, las redes de apoyo social de que disponga el paciente, el carácter de los cambios de vida y los hábitos requeridos, entre muchos otros.

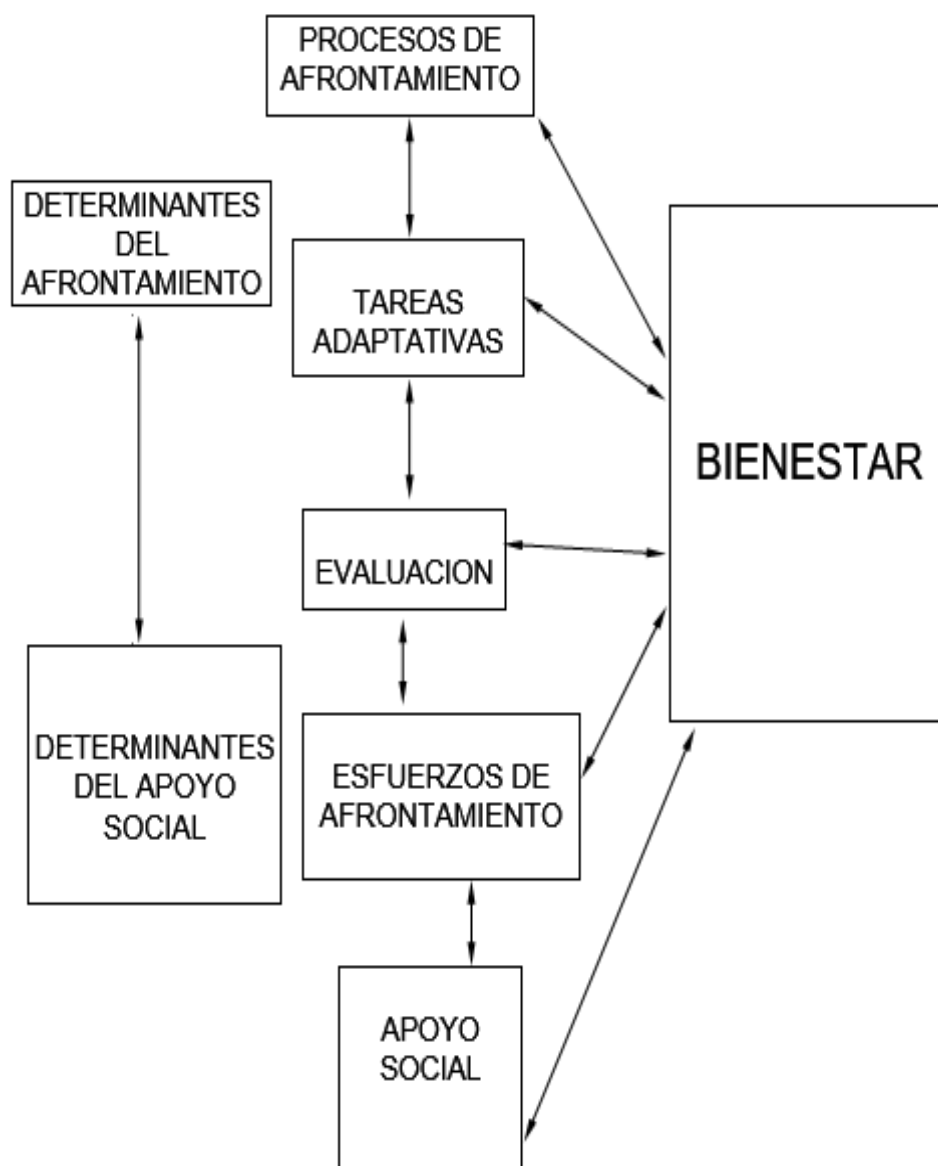
La interacción entre el apoyo social y el afrontamiento como variables que determinan la adaptación a las enfermedades crónicas se ha intentado explicar partiendo del Modelo general de estrés afrontamiento de Lazarus. De Ridder y Scheurs ⁽⁹¹⁾ han propuesto un modelo teórico que parte de considerar que la enfermedad y el dolor presentan a los sujetos diferentes demandas de adaptación (tareas adaptativas), que determinarán los esfuerzos de afrontamiento del individuo. El bienestar será resultante de la interacción entre la eficacia de estos esfuerzos de afrontamiento y el apoyo social (figura 5). Sin embargo este modelo tiene una serie de puntos débiles reconocidos por los propios autores, que han sido señalados anteriormente.

Los investigadores que estudian al dolor crónico, partiendo del enfoque cognitivo-conductual consideran que la evaluación debe tener en cuenta la experiencia de dolor (tipo, intensidad, etc.), las conductas de dolor, los estados de ánimo, el uso de medicamentos, las expectativas, el apoyo social, los recursos de afrontamiento, los hábitos sociales, la situación familiar y social .

Otras conceptualizaciones sobre el dolor parten de enfoques psicofisiológicos, que asumen que en determinados tipos de dolor crónico "médicamente incongruentes" (cefaleas, sacrolumbalgias y síndromes de disfunción temporomandibular, por ejemplo) pueden encontrarse patrones anormales de respuestas psicofisiológicas ⁽¹³⁰⁻⁴⁾.

Las investigaciones tempranas en psicofisiología se basaron en los modelos generales de

Figura 5. Modelo teórico de afrontamiento y apoyo social en enfermedades crónicas (De Ridder y Scheurs, 1996)



activación propuestos por Selye ⁽¹³⁵⁾, Duffy ⁽¹³⁶⁾ y otros autores. La propuesta básica de estos modelos es que los trastornos psicofisiológicos se desarrollan y mantienen como consecuencia de una hiperactividad fisiológica asociada con altos niveles de activación simpática que pueden conducir al desarrollo, exacerbación y mantenimiento de los síntomas dolorosos. Este patrón anómalo de respuesta puede volverse persistente si el individuo está sometido a episodios de estrés frecuentes. De acuerdo con este modelo la evaluación debe ir dirigida a la medición del estrés, generalmente a partir del estudio de aspectos psicofisiológicos como la respuesta psicogalvánica, la tensión arterial, etc.

El modelo de activación general ha sido sustituido por conceptualizaciones más recientes que tratan de tener en cuenta las relaciones entre la interpretación subjetiva que hace el sujeto de las situaciones y las respuestas psicofisiológicas específicas que podrían relacionarse con determinados síntomas ⁽¹³⁴⁾. En consecuencia, se considera necesario evaluar los efectos del estado de ánimo y los eventos vitales estresantes en el dolor y los patrones de respuestas psicofisiológicas al estrés, dándose especial importancia al desarrollo de procedimientos tecnológicos que permitan la medición no invasiva de parámetros fisiológicos, como la actividad muscular, las respuestas de vasodilatación y vasoconstricción, etc.

Como puede observarse, es amplia la diversidad de enfoques y aportes de la Psicología a la comprensión, diagnóstico y tratamiento del dolor. En todos los encuadres, se destaca el estudio del estrés (desde diferentes aristas) como un factor fundamental. Estos hechos, probablemente, no sean más que la expresión en un área particular de trabajo, de las contradicciones que están impulsando el desarrollo de la Psicología de la Salud en los últimos años.

CAPÍTULO 2. PROBLEMAS METODOLÓGICOS Y PRÁCTICOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

• Objetivos, principios y procedimientos en la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico.

No existe el "termómetro del dolor" que pueda ser aplicado a un sujeto para medir la cantidad de dolor que siente. Para conocer acerca del dolor de una persona hay que pedirle a ella que lo describa o hay que observar su conducta. De ahí que en los últimos años se estén dedicando esfuerzos considerables al desarrollo y perfeccionamiento de procedimientos para la evaluación del dolor y, en particular para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el dolor crónico ⁽⁴⁾

La evaluación psicológica del dolor ha tenido y tiene dos grandes áreas de expresión: la evaluación del dolor inducido experimentalmente (estudios de laboratorio) y la evaluación del dolor en la clínica, en la que ocupa un lugar central y es objeto de numerosos estudios la caracterización de los factores psicosociales relacionados con el dolor crónico.

La mayoría de los autores ^(4, 47-8,54, 96, 133,137-40) coinciden al plantear que la evaluación del dolor en la clínica debe tener las siguientes características:

- 1) un enfoque pluridimensional, dirigido a evaluar un amplio espectro de factores, con medidas múltiples, subjetivas y objetivas
- 2) preocupación por la validez y confiabilidad de estas medidas
- 3) medición no solo de componentes o características, sino de sus interrelaciones

La evaluación psicológica del dolor en la práctica clínica tiene tres objetivos fundamentales, que corresponden a los objetivos generales de la evaluación psicológica en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud. Ellos son:

- 1- Permitir un diagnóstico, orientar un tratamiento y formular los objetivos del mismo.
- 2- Contribuir a la selección de las técnicas terapéuticas.
- 3- Ofrecer indicadores de la efectividad de los tratamientos.

Este último objetivo exige un requisito adicional ⁽¹³⁸⁾: que los procedimientos usados para la evaluación estén contruidos de manera tal que puedan utilizarse en estudios evolutivos y sean sensibles para discriminar los cambio en el cuadro clínico.

Según W. Penzo ⁽⁴⁾ la evaluación psicológica del dolor deberá regirse por los siguientes principios:

- 1- Evaluar un mismo aspecto mediante distintos procedimientos.
- 2- Partir siempre de un criterio de pertinencia (que tendría en cuenta tanto la validez empírica de los instrumentos a utilizar, como las características del sujeto y los factores contextuales que deciden en ocasiones la pertinencia de realizar determinadas evaluaciones).
- 3- Propiciar la verbalización del dolor (“ los oídos compasivos no tienen contraindicaciones”).
- 4- Tener en cuenta la información que pueden ofrecer los familiares y en muchas ocasiones, incluir en la evaluación a los grupos familiares.
- 5- Buscar un mínimo de interferencias (adecuado rapport, esclarecimiento de las etapas de la evaluación, etc.).

Teniendo en cuenta estos principios generales, se han propuesto diferentes modelos de evaluación. Karoly y Jensen ⁽¹⁴¹⁾ plantean cuatro niveles o contextos en los que el dolor debe ser evaluado:

Contexto 1: Biomédico (Historia Clínica, diagnóstico, medicamentos, historia de la enfermedad, antecedentes patológicos personales y familiares, etc.)

Contexto 2: Dimensión experiencial (Aspectos sensoperceptuales, afectivos, descripción del dolor, representaciones y cogniciones)

Contexto 3: Dimensión relacional significativa (Procesos de adaptación estilos de vida relacionados con el dolor)

Contexto 4: Sociológico y conceptual (Modelo teórico de los profesionales de la salud)

Turk y Rudy ⁽¹⁴²⁾ desarrollaron el Modelo de Evaluación Multiaxial del dolor que evalúa tres dimensiones:

1. dimensión físico- médica
2. dimensión psicosocial (valoración del impacto del dolor en la vida, estado de ánimo, distorsiones cognitivas, etc.)
3. dimensión funcional conductual (conductas de dolor)

Como puede observarse, ambos modelos coinciden en el contenido de los aspectos que debe tener en cuenta la evaluación y en la necesidad de un enfoque multidisciplinario .

De hecho, el reconocimiento de los aportes de la Psicología a la comprensión del dolor ha propiciado la fuerte influencia metodológica y metódica en el campo de la evaluación del dolor, la cual puede definirse en dos direcciones: por una parte, la asimilación de herramientas y enfoques metodológicos, y por otra, la incorporación de la evaluación de los factores psicológicos en el proceso de diagnóstico clínico.

El carácter subjetivo de la experiencia de dolor ha determinado el desarrollo de instrumentos para la evaluación de sus parámetros clínicos como la intensidad, la frecuencia y la duración. El procedimiento preferido por los clínicos investigadores y psicólogos para la evaluación de la intensidad del dolor son las escalas ⁽¹³⁷⁾. Un ejemplo de las escalas más utilizadas es: la Escala Analógico Visual, la Escala de 101 rangos numéricos, la Caja de 11 puntos, la Escala de 6 puntos de rangos conductuales, la Escala de 4 puntos de rangos verbales y la Escala de 5 puntos de rangos verbales del Cuestionario de dolor de Mc Gill (figura 6).

Para la evaluación de la frecuencia y duración del dolor se usa comúnmente métodos de autoregistro como los diarios de dolor. Prácticamente cada investigador diseña su propio diario de acuerdo a los objetivos de su estudio y se han desarrollado pocos trabajos dirigidos a la estandarización de procedimientos para estos fines ⁽¹⁴¹⁾.

En sentido general, los diarios de dolor están dirigidos a lograr una estimación de la intensidad del dolor en relación con el momento del día o la actividad ejecutada. También puede considerarse la duración del episodio, el uso de medicamentos y las estrategias para aliviar el dolor. Entre los diarios más conocidos se encuentran el de Fordyce ⁽⁷⁷⁾, el de Tursky y cols. ⁽¹⁴⁴⁾ y el de Turk y cols. ⁽¹⁴⁵⁾.

Otro constructo importante en la investigación del dolor, que ha recibido particular interés de clínicos e investigadores es el de "afecto de dolor", definido como la dimensión de displacer y malestar propia de la experiencia de dolor ⁽¹⁴⁶⁾. Se han desarrollado algunos instrumentos para la evaluación de este componente afectivo del dolor, como la subescala afectiva del Cuestionario de Dolor de McGill y algunas escalas de rangos verbales como la de Gracely ⁽¹⁴⁷⁾ y la de Tursky ⁽¹⁴⁴⁾, así como también un inventario autodescriptivo como la Escala de Discomfort del Dolor de Jensen y otros ⁽¹⁴⁸⁾.

Jensen y cols. ⁽¹⁴³⁾ condujeron una serie de estudios acerca de la potencia - eficiencia de diversas escalas para estudiar intensidad y afectos de dolor, concluyendo que

Figura 6: Seis escalas para evaluar intensidad del dolor (adaptado de Jensen y otros, 1986).

I) Escala Analógico Visual

No dolor _____ Dolor máximo
(10 cm.)

II) Escala de 101 puntos de rangos numéricos (NRS-101)

Por favor, indique el número entre 0 y 100 que mejor describe su dolor. 0 significa "no dolor" y 100 significa "máximo dolor".

Escriba sólo un número.

III) Escala "caja de 11 puntos"

Si 0 significa "no dolor" y 10 significa "dolor máximo" en esta escala de 0 a 10: ¿Cuál es su nivel de dolor? Ponga una X en el número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Puntuación: 0: no dolor; 1-2 dolor leve; 3-5 dolor moderado; 6-8 dolor intenso; 9-10 máximo dolor imaginable										

IV) Escala de 6 puntos de rangos conductuales

- ☐ No dolor
- ☐ Dolor presente, pero que puede ser ignorado fácilmente
- ☐ Dolor presente, no puede ser ignorado, pero no interfiere con las actividades cotidianas.
- ☐ Dolor presente, no puede ser ignorado, interfiere la concentración.
- ☐ Dolor presente, no puede ser ignorado, interfiere en todas las tareas excepto para el cuidado de necesidades básicas como el aseo y la alimentación.
- ☐ Dolor presente, no puede ser ignorado, requiere de reposo o acostarse.

V) Escala de 4 puntos de rangos verbales

- ☐ No dolor
- ☐ Algún dolor
- ☐ Dolor considerable
- ☐ Dolor que no podría ser más severo

VI) Escala de 5 puntos de rangos verbales

- ☐ Suave
- ☐ Molesto
- ☐ Perturbador
- ☐ Horrible
- ☐ Torturante

prácticamente todas las escalas investigadas resultaban igualmente útiles para evaluar la eficacia de los programas de tratamiento.

La segunda huella que ha dejado la Psicología en el campo del diagnóstico del dolor es la incorporación de métodos de evaluación psicológica al proceso habitual de diagnóstico, ya sea mediante el uso de procedimientos "tradicionales" de la psicología Clínica (como el MMPI) o a través del desarrollo de nuevos procedimientos dirigidos a la evaluación de problemas específicos de los pacientes con dolor crónico.

Sin embargo, la selección de los procedimientos para evaluar los factores psicológicos que influyen en el origen, curso, tratamiento y pronóstico del dolor es un tema de alta complejidad. En el momento actual pueden contarse por cientos los instrumentos que se utilizan para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico. Ello puede explicarse porque el interés por los factores psicosociales en el dolor y el desarrollo de investigaciones en este campo tiene poco menos de 20 años, fundamentalmente a partir de los trabajos de Melzack y Wall sobre los moduladores internos del dolor y la teoría de la compuerta⁽¹⁹⁾.

Esto determina que la investigación psicológica del dolor esté comenzando a alcanzar ahora su "mayoría de edad", y por tanto, justifica hasta cierto punto la actual variedad de procedimientos diagnósticos utilizados. En este ámbito ha predominado el enfoque cognitivo-conductual y la tendencia a crear instrumentos, específicamente escalas autodescriptivas que pretenden evaluar aspectos como las creencias, el afrontamiento, el control, etc. Esta tendencia parece estar determinada por la carencia de métodos de fácil aplicación en la práctica clínica⁽¹⁴⁹⁾.

Esta situación, por otra parte no es nueva, ni privativa de la psicología aplicada al estudio y tratamiento del dolor. Hace más de 20 años L. J. Cronbach^(150, p.110) retrataba el panorama de la evaluación psicológica con colores bastantes sombríos, con las siguientes palabras: "*En Psicología Clínica y en Orientación Profesional continuamente están brotando las modas. A causa de su rápido crecimiento, la historia de la Psicología Clínica ha sido, hasta hace muy poco tiempo, una algarada. Las noticias de un test valioso servían, como las noticias del hallazgo de un pozo petrolífero, para arrastrar a los psicólogos de los antiguos pozos recién descubiertos y rápidamente se formaba una nueva élite de persona que se especializaban con ese test. Las técnicas pasaban inmediatamente a aplicarse sin*

una labor científica previa suficiente... Muchas de estas modas se desvanecían rápidamente, pero algunas de ellas, de ningún valor, continuaron siendo un best - seller durante una generación..."

Esta profusión de instrumentos para la evaluación de aspectos relacionados con la experiencia de dolor, obliga a realizar un análisis acerca de la validez de los mismos y de su idoneidad para la práctica asistencial. A continuación se examinan un conjunto de problemas metodológicos y prácticos relacionados con esta temática.

- **Problemas metodológicos en la selección de los procedimientos de evaluación.**

El problema de la determinación sociocultural de las conductas de dolor.

La importancia de las variables étnicas y culturales, conjuntamente con otras variables sociales y psicológicas, ha sido considerada por diversos investigadores que enfocan su trabajo en la etiología biopsicosocial del dolor crónico . Zborowski ⁽¹⁵¹⁾, en su trabajo ya clásico, mostró las primeras evidencias de las variaciones etnoculturales en las conductas expresivas del dolor, al estudiar a pacientes italianos, judíos, irlandeses y "viejos yanquis", veteranos de la II Guerra Mundial. Sus resultados indicaron que la identificación cultural conducía a la adopción de patrones relativamente discretos de formas de expresar el dolor como "padecimiento". Así, mientras que los sujetos con ascendencia judía e italiana expresaban el dolor de una manera fuerte, emotiva y con cierta tendencia a la exageración, los irlandeses tendían a involucrarse más en estrategias de negación del dolor y los "yanquis antiguos" a mostrarse tranquilos y estoicos. Otras investigaciones en la misma dirección ⁽¹⁵²⁻⁵⁾ también han aportado datos acerca de las variaciones intra e interculturales, destacando la relevancia de otras variables sociodemográficas como el sexo, la raza, la edad, etc.

Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones se han realizado en poblaciones europeas y norteamericanas. En el contexto iberoamericano hay un desconocimiento casi total acerca de las particularidades de los repertorios sociales del dolor en nuestras poblaciones, las especificidades en las actitudes, emociones y comportamientos relacionados con el dolor, las creencias predominantes entre los enfermos e incluso, entre los propios profesionales de la salud ⁽¹⁰⁾.

En las últimas décadas ha habido un florecimiento de grupos e instituciones científicas que

se dedican al estudio y tratamiento psicológico del dolor en diferentes países latinoamericanos: México, Venezuela, Chile, Colombia, Brasil y Cuba, para citar algunos ejemplos. El auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional en estos países, por una parte, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas de dolor en los últimos 20 años, por otra parte, parecen ser las razones que determinan que cada vez sean más numerosas y fructíferos los intentos por introducir en la práctica profesional los métodos psicológicos para el abordaje del dolor que tanto reclaman los enfoques multidimensionales y multidisciplinarios.

Pero este quehacer profesional se ha caracterizado casi sin excepción por la importación de técnicas y procedimientos de evaluación e intervención que si bien han demostrado su validez para otros contextos, pueden ser de dudoso resultado en localizaciones particulares; ellos no son incorporados desde una perspectiva crítica que tenga en cuenta las diferencias culturales, físicas y sociales.

En nuestros países podemos encontrar amplios sectores sociales que sostienen concepciones mágicas en relación con el origen del dolor y de las enfermedades (por ejemplo, el "mal de ojo" que atribuye la enfermedad a las propiedades dañinas de la mirada de ciertos individuos) conjuntamente con prácticas de salud determinadas por las concepciones biologicistas propias de la ideología médica predominante en los sistemas de salud. De hecho, coexisten varios sistemas para el cuidado de la salud: la medicina facultativa, que proviene del saber académico, la mágico-religiosa y el curanderismo, que se distingue por las explicaciones que dan a la etiología de la enfermedad ⁽¹⁵⁶⁻⁸⁾. No es posible descuidar estas realidades si pretendemos una intervención psicológica eficaz que logre un impacto en los sistemas de salud y que prestigie el quehacer profesional del psicólogo.

Ello implica la valoración de cuáles serían los métodos y procedimientos más apropiados para cada contexto, sean para diagnóstico o para intervención. En este sentido, deberá trabajarse, por una parte, en la adaptación y validación de procederes concebidos en otras latitudes y, por otra, en la creación y desarrollo de procedimientos autóctonos.

La organización del proceso de evaluación psicológica a los pacientes con dolor:

Ventajas e insuficiencias del modelo de remisión de casos

No es casual que se haya desarrollado una opción institucional para el estudio y tratamiento del dolor que se basa en el abordaje multidisciplinario del problema: Las Clínicas del Dolor. Fundadas en los años 50 por el anestesiólogo John Bonica, por su concepción, han sido justamente valoradas como un modelo médico de avanzada. Al respecto resultan esclarecedores estos planteamientos de Penzo ^(4, p.17): *"a la pregunta, ¿ cuál es el profesional que puede asumir la responsabilidad del tratamiento? Se ha respondido que estaba mal formulada. El dolor crónico es de la clase de problemas que exige un abordaje interdisciplinario, por lo menos de entrada. De aquí que haya sido pionero en la aplicación de una fórmula muy prometedora y de grandes posibilidades de desarrollo futuro; las clínicas multidisciplinarias para el estudio y tratamiento del dolor, cuyo criterio de organización está basado en un problema global, en neto contraste con aquellos que rigen la clasificación de servicios dentro de la asistencia actual"*

Las Clínicas del Dolor han sido desarrolladas casi de manera exclusiva a nivel de la atención secundaria (hospitalaria). Sus objetivos son el diagnóstico y tratamiento del dolor. Este trabajo se hace generalmente en los marcos de programas amplios que incluye la evaluación del status social y psicológico del paciente ⁽⁴⁶⁾. El tratamiento frecuentemente involucra el entrenamiento del paciente en técnicas de relajación y autocontrol del dolor, así como procedimientos de tratamiento farmacológico, quirúrgico y de estimulación nerviosa transcutánea. En varios países, algunas de estas clínicas han introducido con éxito modalidades derivadas de la llamada "medicina alternativa" como la acupuntura, la medicina verde, etc. En sentido general, en este modelo hay una preocupación manifiesta por controlar y reducir el uso de fármacos en el tratamiento del dolor, la deshabitación y la desintoxicación constituyen una de las principales metas del tratamiento, conjuntamente con el alivio del dolor y la reincorporación del paciente a la vida social hasta donde esto sea posible.

Aunque ocasionalmente se atienden casos de dolor agudo, la mayoría de los pacientes que acuden a ellas suelen llevar meses y años con este padecimiento. Muchas veces a las clínicas del dolor van a parar pacientes "difíciles", en los que el tratamiento médico tradicional ha tenido poco éxito. Son frecuentes los dolores por lesiones nerviosas como las neuritis y las neuropatías; los padecimientos musculoesqueléticos como el dolor de

espalda; las enfermedades reumáticas como la artritis reumatoidea, la osteoartrosis y las fibromialgias, el dolor miofascial, las artritis de la articulación temporomandibular, los dolores difusos de causas desconocidas y las cefaleas.

En las Clínicas del Dolor laboran e interactúan diversas especialidades: Anestesiología, Medicina Interna, Reumatología, Ortopedia, Neurología, Oncología, Psiquiatría y Psicología. Para la instrumentación de los servicios psicológicos en las Clínicas del Dolor se pueden utilizar varias modalidades; una de ellas, y quizás la más usada, ha sido la remisión o derivación de casos. En este modelo de trabajo, los especialistas médicos remiten a Psicología a aquellos pacientes que, de acuerdo a su criterio, pueden estar necesitando de atención psicológica.

Esta forma de proceder tiene ventajas y desventajas. Si bien ella constituye el "embrión" del trabajo multidisciplinario, no representa auténticamente a este enfoque, pues, introduce un sesgo que determina que, en algunos casos, se deben tener en cuenta los factores psicológicos y en otros casos no. El modelo de remisión de casos puede resultar potencialmente favorecedor del desarrollo de la multidisciplinariedad si se garantiza la comunicación entre las diferentes especialidades (lo que propicia una visión más integral del paciente) y no se convierte en una forma de deshacerse de pacientes "difíciles", a los que a menudo se etiquetan como "psicógenos".

Por tanto, cuando se adopta la modalidad de remisión de casos se deben establecer cuidadosamente los objetivos y criterios de remisión, resultando imprescindible garantizar la retroalimentación de la información y el trabajo conjunto con el paciente.

Para ejemplificar la instrumentación de los servicios psicológicos en una Clínica del Dolor a partir del modelo de remisión de casos, podemos examinar los resultados de un estudio que tuvo como objetivo la caracterización de 200 pacientes que fueron referidos a Consulta de Psicología en la Clínica del dolor del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre", en el período comprendido entre 1988 y 1991*.

En esta Clínica trabaja un equipo multidisciplinario en el que se integran diversas especialidades como Anestesiología, Ortopedia, Neurología, Reumatología, Medicina Interna, Psiquiatría y Psicología. En el período reseñado se ofrecían diversas modalidades

* N. del A: Agradezco los datos aquí descritos a la Lic. Norma Estrada, psicóloga del H.C.Q.D. "10 de Octubre", autora del estudio.

de tratamiento para el dolor como acupuntura, electroacupuntura, moxibustión, digitopuntura, estimulación transcutánea, cibernética facial, relajación, psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, bloqueos, tratamiento farmacológico y quirúrgico.

El principal motivo de remisión a consulta de Psicología era los trastornos emocionales, fundamentalmente ansiedad y depresión. Otro importante motivo de remisión era la cefalea, lo que parece responder a la creencia de que este síntoma se relaciona con alteraciones emocionales. La detección de trastornos sexuales, de la memoria y del sueño, fue un criterio que también determinó la remisión a Psicología; sin embargo eran un número pequeño de pacientes en los que se identifican estas alteraciones, que podrían suponerse más frecuentes en una muestra de pacientes con dolor crónico, con una gran cantidad de casos en edad geriátrica.

Las modalidades terapéuticas más utilizadas fueron la relajación y la terapia de grupo. Estas modalidades terapéuticas fueron efectivas para el 59% de los pacientes, quienes lograron mejoría evidente, aunque el 100% de los sujetos reportó alguna mejoría. Los tratamientos psicológicos iban dirigidos a la corrección de las alteraciones emocionales preferentemente, pero no al tratamiento del dolor propiamente dicho.

La experiencia derivada de este trabajo pone de manifiesto algunas de las ventajas e insuficiencias del modelo de remisión de casos. Como ventajas pueden señalarse el hecho de que cierto número de pacientes que sufrían alteraciones emocionales relacionadas con el síndrome doloroso, pudieron ser también tributarios de tratamientos psicológicos. Sin embargo, puede suponerse que la cantidad de casos que requerían atención psicológica era mucho mayor, este supuesto se basa en el reducido número de pacientes remitidos por trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y trastornos sexuales, cuando se considera que estas alteraciones son frecuentes en los pacientes con dolor crónico hasta el punto que su corrección se considera como una de las metas de su rehabilitación ⁽⁴⁾.

Por otra parte, el modelo de remisión de casos, al determinar un sesgo en las muestras de sujetos valorados por Psicología, impide arribar a conclusiones que puedan extenderse a la población de pacientes con dolor crónico. Por estas razones, siempre que sea posible, deberán preferirse otras modalidades de organización de los servicios psicológicos que permitan el acceso a un mayor y más heterogéneo grupo de enfermos.

Presupuestos teóricos en que se basaron las investigaciones sobre la organización del proceso de evaluación psicológica y la selección de los procedimientos para este fin.

El estado actual del conocimiento y aplicación de las técnicas de evaluación psicológica, su relevancia para el diagnóstico integral del dolor crónico y los problemas apuntados conducen a la idea de que la organización del proceso de evaluación psicológica y la selección de los procedimientos para la misma no puede ser dejada al azar .

La preocupación por la selección de los procedimientos de diagnóstico en el campo de la Ciencias de la Salud es una línea de reciente desarrollo ⁽¹¹⁾ y apenas comienza a ser mencionado en el campo de la Psicología de la Salud ⁽¹²⁾. Este problema es complejo ya que obliga a responder a tres preguntas fundamentales: ¿Por qué es necesaria la evaluación de los factores psicológicos en la asistencia cotidiana de los pacientes con dolor crónico?, ¿Cuáles son los factores psicológicos que debemos evaluar? y ¿Cómo y mediante qué medios deberá efectuarse? .

La primera de estas interrogantes podría resultar obvia si no fuera porque en la actualidad en la mayoría de los países e instituciones occidentales, la Psicología no ha logrado el espacio que se requiere para el adecuado manejo del dolor ⁽¹⁵⁹⁾ . Para responderla se parte de la concepción del dolor y del papel que tienen los factores psicológicos en su origen, curso, pronóstico y tratamiento. La definición del dolor que hace la IASP, los modelos multicausales en los que se fundamenta la atención médica al dolor y las múltiples evidencias aportadas por las investigaciones psicológicas permiten:

1. Concebir el dolor como una experiencia, lo cual determina que la evaluación de sus cualidades subjetivas deba regirse por los fundamentos teóricos y metodológicos de la evaluación psicológica. En otras palabras, no existe un termómetro de dolor, no existen “factores objetivos” (ni siquiera la extensión o la magnitud de una lesión física) que puedan “medir” la intensidad del dolor de una persona ni describir la cualidad de su experiencia.
2. Afirmar que un conjunto de factores psicológicos influye en el origen, curso, pronóstico y tratamiento del dolor crónico, por tanto, el manejo de este tipo de trastornos no puede hacerse con calidad si no se tienen en cuenta estos factores.

Una segunda cuestión es la delimitación de cuáles son los factores psicológicos que deben

ser evaluados. Dada la profusión de escuelas psicológicas que han incursionado en la investigación del dolor, aportando conceptos, resultados y métodos de evaluación, resulta importante sustentar desde un punto de vista teórico la selección de los contenidos que debe abordar la evaluación psicológica.

Ya en la última década del siglo XX cobran cada vez más fuerza los planteamientos dirigidos a buscar los puntos de contacto entre las diferentes escuelas psicológicas y a reconocer los aportes que cada una de ellas han tenido para nuestra actual comprensión de la Psicología ⁽¹⁶⁰⁻¹⁾ La época de la “guerra entre escuelas” está siendo sustituida por la búsqueda de modelos teóricos amplios, pero se reconoce que estos modelos aún no han sido completamente elaborados ⁽¹⁶²⁾ . De manera que en estos momentos, más que hablar de un modelo teórico , resulta preferible plantear algunos principios generales: el principio del carácter reflejo del psiquismo, la concepción de que los procesos psíquicos están socio-histórica y culturalmente determinados, el principio de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo y el principio del carácter activo de la personalidad ⁽¹⁶³⁾.

Sin embargo, salvo los loables y fructíferos esfuerzos para aplicar estos principios al campo de la evaluación psicológica de los pacientes con trastornos neurológicos y psiquiátricos realizados por A.R Luria y su discípula B.W. Zeigarnik, quienes desarrollaron la neuropsicología y la patopsicología respectivamente, y los intentos de aplicar la patopsicología a la evaluación de los pacientes con enfermedades crónicas conducidos por J. Grau y un grupo de psicólogos cubanos en la década del 80 ⁽¹⁶³⁾, lamentablemente no se cuenta con un arsenal de herramientas de diagnóstico psicológico válidas para el estudio del dolor, que tengan en cuenta los más actuales aportes de la psicología en este campo y que tengan una sólida fundamentación desde las posiciones de la filosofía marxista.

Coincidimos con D.Zaldívar ^(164, p.10), cuando plantea: “ *Una de las cuestiones que en nuestro medio suele provocar legítimas preocupaciones, es la referida a la orientación filosófica que sustenta la mayoría de las técnicas disponibles y su adecuación o no con la Filosofía Marxista, a veces el estudiante se pregunta ¿dónde están las técnicas que sustentan a la psicoterapia marxista? ...partimos de la base de que en la actualidad no existe una psicoterapia marxista, si no a lo que podíamos aspirar era a realizar una práctica terapéutica, a partir de la orientación marxista del terapeuta*”. Dada la estrecha relación existente entre diagnóstico y psicoterapia, lo anterior es perfectamente aplicable al

problema de la evaluación y tratamiento del dolor.

Desde los años setenta cobra cada vez más fuerza el enfoque cognitivo conductual para explicar el comportamiento humano, sin embargo, tras este enfoque en apariencia único, subyacen diferentes concepciones. Podría decirse que la escuela cognitivo-conductual ha ido evolucionando desde un enfoque mecanicista, hijo directo del conductismo, en el que solo se consideraban los factores “cognitivos” como mediadores en el proceso de estímulo-respuesta; a un enfoque transaccional, que considera la unidad de lo afectivo y lo cognitivo, y el carácter activo y autoregulatorio de la personalidad ⁽¹⁶²⁾, conceptos estos que ya habían sido establecido muchos años antes por la escuela histórico-cultural, pero que habían tenido una insuficiente aplicación en el campo de la Psicología Clínica⁽¹⁶⁴⁾

Muchos de los constructos actuales derivados de la escuela cognitivo conductual (las concepciones sobre el afrontamiento, el apoyo social, las creencias, las expectativas, el estrés, etc.) aunque no siempre de manera explícita, reconocen la determinación sociocultural e histórica del psiquismo y la compleja interrelación entre emociones, cogniciones y comportamientos. Baste citar, a modo de ejemplo, a dos de los principales autores de este enfoque. En su ya clásico libro “Emociones y Adaptación” R. Lazarus ^(165, p.172) plantea: “ *En resumen, la motivación es la fusión de la activación y de la orientación a las metas, así como la emoción es la fusión de la motivación, el conocimiento, y la evaluación de la relación del individuo con su entorno. Motivación sin cognición es mera activación sin conocimiento y dirección. Emoción sin cognición es meramente activación o impulso (drive). Sin embargo, el solapamiento entre motivación, cognición y emoción no debe conducirnos a reducir la motivación a cogniciones, ni reducir las emociones a cogniciones o motivaciones* ”.

Otro importante autor, A. Bandura, en su libro “Pensamiento y acción. Fundamentos sociales” ^(89, p.38-39) dice : “ *En la concepción cognitiva social no se considera al individuo gobernado por fuerzas internas ni determinado y controlado por estímulos externos, sino que explica el comportamiento humano como un modelo de reciprocidad triádica en la que la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos* ”.

De esta manera, el enfoque cognitivo-conductual en la actualidad tiene cada vez más puntos de contacto con los aportes de la escuela histórico-cultural, se acerca a la visión del

hombre como un ser activo, capaz de transformar la realidad en la medida en que es también transformado por la misma; un ser limitado por su condición animal, biológica, pero que se distingue del resto de las especies en su capacidad de aprender y en su naturaleza social, y por ende, determinado por las condiciones sociohistóricas que condicionan su “estar en el mundo”.

Otra importante razón que sustenta la selección de los constructos desarrollados en el enfoque cognitivo-conductual para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico es que tienen la ventaja de que son relativamente fáciles de operacionalizar y de medir y de que están fundamentados por un amplio cúmulo de investigación empírica.

Para abordar el problema del que se ocupa esta tesis, también es necesario responder a la pregunta, ¿cómo y con qué medios debe realizarse la evaluación?

Tal vez uno de los aspectos más polémicos de esta tesis sea el de resaltar la importancia de las particularidades del trabajo asistencial en el marco del SNS, que han sido tradicionalmente descuidadas por la investigación psicológica, quizás porque hemos estado enfrascados durante mucho años en la “guerra entre escuelas” por lo que muchas veces se ha intentado adaptar los hechos a las teorías ⁽¹⁶⁶⁾, o porque el grueso de la investigación en Psicología se ha desarrollado en ámbitos académicos más o menos alejados de las exigencias de la práctica. ⁽¹⁶⁶⁾

De esta manera, se hace un llamado a tomar en cuenta, de forma realista, las particularidades del contexto que juegan un importante papel en la selección y en las características que deberán tener los procedimientos de evaluación y se intenta delimitar algunos de estos factores y recomendar estrategias para la implementación en nuestro país.

En el diagnóstico psicológico del enfermo crónico es imprescindible considerar la determinación multicasual de la enfermedad y la necesidad de integrar intervenciones de variada naturaleza. No tiene sentido pues, fuera de un enfoque multidisciplinario, lo que le plantea exigencias adicionales ya que tiene una finalidad intradisciplinaria (lograr la identificación de los factores psicológicos y la dinámica de sus interacciones, que intervienen en el desarrollo de una enfermedad concreta en un sujeto concreto) y una finalidad extradisciplinaria (contribuir a la comprensión integral de cómo ellos pueden estar interactuando con factores biológicos, ambientales, sociales, etc.) ⁽¹⁵⁸⁾.

Por otra parte, los pacientes con dolor pueden diferenciarse de los que asisten a los

servicios tradicionales de Psicología Clínica en dos aspectos: el motivo por el cual consultan y las expectativas ante la atención psicológica, ya que nuestra cultura atribuye al “rol de enfermo” ⁽⁴⁰⁾ comportamientos que aunque son considerados “normales” por la población, pueden tener una contribución negativa al desarrollo de la enfermedad (la pasividad y el consumo excesivo de fármacos, por citar dos ejemplos) por lo que los pacientes pueden no aceptar la valoración psicológica, que se encuentra asociada a representaciones sociales relacionadas con la salud mental ⁽¹⁶⁷⁾.

A delimitar los requerimientos que le imponen a la evaluación psicológica, tanto el trabajo multidisciplinario, como las expectativas y particularidades de los pacientes con dolor crónico, se dedicará un capítulo de la parte correspondiente al análisis y discusión de los resultados.

Sin embargo, otros aspectos de la práctica son también relevantes, como es el caso de las tradiciones, sentimientos y experiencias de los psicólogos que trabajan en el SNS.

En una investigación realizada en el año 1995-1996 con un grupo de estudiantes del primer curso de Especialización postgraduada en Psicología de la Salud * pudo constatar que tras la diversidad de técnicas terapéuticas utilizadas por los psicólogos que trabajan en nuestros servicios de salud, puede encontrarse la tendencia a fundamentar la selección de las mismas a partir del análisis de su utilidad en contextos particulares de trabajo (ambulatorio vs. hospitalario, por ejemplo) . De esto puede inferirse, que la mayoría de los psicólogos que trabajan en el sistema de salud no se adscriben a un modelo teórico particular, si no que se guían por criterios pragmáticos. Esta apreciación deberá confirmarse en otros estudios que incluyan sujetos de otras provincias y también mediante diversos métodos. Sin embargo, coincide con lo que se discute actualmente sobre las contradicciones entre "academia" y "práctica" por autores tan relevantes como Ardila ⁽¹⁶⁶⁾ y Lazarus ⁽¹⁶⁵⁾.

La práctica de la Psicología ha demostrado que es posible que un mismo problema sea conceptualizado (y por ende, medido) desde enfoques contradictorios. Schulte ^(168, p.273) dice *"en cierto modo, las dificultades del paciente son replanteadas por el terapeuta, y las tareas que ve se convierten en tareas para su propio tratamiento. En último término podemos decir: a partir de los trastornos de paciente se plantean los terapeutas cuestiones,*

* N . del A: Martín M: “Sentimientos y valoraciones de los psicólogos sobre su actuación como psicoterapeutas”. Enviado para publicar a la Revista Electrónica Psicología.com.

tareas y problemas".

Incluso el compartir enfoques teóricos no exime de este problema. Lezinger ^(169, p.110) en una investigación realizada con psiquiatras y con psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, examinó la manera en que se forman las decisiones terapéuticas y plantea: *"lo más impresionante de los registros de pensamiento examinados es, con toda certeza, su pluralidad y variabilidad, lo que nos indica la complejidad del elemento cognitivo a la hora de tomar una determinación terapéutica"*.

Esta diversidad aparece también en la investigación presentada, pero tras ella vimos que podían encontrarse criterios unificadores, como la tendencia a utilizar amplia variedad de técnicas y procedimientos. Sustentamos la opinión de que características específicas del ejercicio profesional de la Psicología en nuestro sistema de salud como las condiciones de trabajo, el tiempo disponible para las consultas, las posibilidades prácticas de implementar determinados tipos de técnicas y la diversidad de contextos en que se trabaja, así como los problemas relacionados con el propio desarrollo actual de nuestra ciencia, pueden estar determinando un "modus operandi" caracterizado por la tendencia a utilizar un amplio arsenal de herramientas diagnósticas y terapéuticas cuya selección estaría determinada por las metas específicas de intervención y cuya utilidad haya sido corroborada por la práctica. La Psicología de la Salud Cubana se ha caracterizado por "hacer mucho" y "teorizar poco": esta afirmación es frecuentemente escuchada por parte de muchos de nuestros más eminentes psicólogos. Cairo ⁽¹⁷⁰⁾ en un análisis bibliométrico de la Revista Cubana de Psicología refiere que el 35.83% de todos los artículos publicados en los últimos 12 años han sido firmados por un sólo autor, todos docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, menos uno que pertenece al ICAIC. Las contribuciones de los psicólogos del Ministerio de Salud Pública son esporádicas.

Nuestra cultura predominantemente oral y las exigencias de resolver problemas prácticos que ha caracterizado el ejercicio de la Psicología en el SNS son dos factores que pueden estar influyendo en esta aparentemente escasa productividad teórica. Sin embargo, la transmisión de información y del saber acumulado, por vías fundamentalmente orales, como son el intercambio profesional, los cursos de postgrado y las comunicaciones en los Congresos, pueden haber ido conformando un modo de actuación profesional en nuestro país sustentado en las experiencias con respecto a la eficacia de enfoques, métodos y

técnicas para resolver los problemas que plantea la asistencia.

Sería promisorio investigar qué aportes prácticos, metodológicos y conceptuales pueden extraerse de la experiencia acumulada , qué vías y métodos han permitido el acceso a este conocimiento y qué repercusiones ha tenido esta manera de proceder en la calidad de la asistencia psicológica, en el status profesional y en la imagen del psicólogo.

Con respecto al problema particular de los procedimientos de evaluación en el área del dolor, las estrategias para su selección deberán tomar en cuenta esta situación. En este sentido, no sería favorable normativizar procesos y procedimientos sin el estudio previo de su eficacia, eficiencia y efectividad en nuestro sistema de salud. Los criterios para evaluar esta eficacia, eficiencia y efectividad deberían estar relacionados con las metas específicas de la intervención psicológica en la atención a los diversos tipos de dolor en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud

En conclusión: los contenidos de la evaluación psicológica en el campo del dolor han sido ampliamente discutidos y como se ha visto, existen múltiples instrumentos auxiliares de diagnóstico ; sin embargo, es necesario identificar cuáles serán más útiles en nuestro contexto, lo que precisa examinar las peculiaridades de nuestro quehacer asistencial y tener en cuenta las características de nuestra población. Sobre esta base, se pueden inferir los requisitos que deben tener los instrumentos para satisfacer las demandas de nuestra asistencia. Este trabajo teórico - metodológico debe tener su contrapartida en el desarrollo de instrumentos concretos que puedan ser utilizados en nuestras unidades de salud. Contribuir a la solución de estos problemas han sido los fines del presente trabajo.

METODOLOGÍA

SEGUNDA PARTE. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Problema:

Necesidad de contar con instrumentos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico adecuados a las características de nuestra población y de nuestra práctica asistencial.

Objetivo General:

Desarrollar un conjunto de instrumentos para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico que respondan a las exigencias y características de nuestro contexto asistencial.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar algunos aspectos de nuestra práctica asistencial que pueden influir en la organización del proceso de evaluación psicológica a los pacientes con dolor crónico.
2. Explorar la utilidad para el diagnóstico psicológico con pacientes cubanos de procedimientos de evaluación psicológica desarrollados en otros países
3. Desarrollar nuevos procedimientos de evaluación que satisfagan necesidades específicas de nuestra práctica asistencial.

Aspectos Generales

Actualmente se acepta que los enfoques y métodos para la recopilación de información deben estar subordinados a los propósitos de trabajo. La elección de una técnica de reunión de datos deberá basarse en el tipo de información requerida y en cómo esta será utilizada (171).

Los métodos de investigación cuantitativa y cualitativa son dos enfoques que se utilizan actualmente para estudiar el comportamiento humano. Algunas de sus características básicas se resumen en el cuadro 1. El principal contraste está dado porque, mientras la investigación cuantitativa pretende analizar “objetivamente” las situaciones y comportamientos desde una perspectiva externa, la investigación cualitativa apunta a comprender estas situaciones sin descuidar la perspectiva “subjetiva” del investigador, quien se asume como sujeto y objeto del estudio, por tanto, reconoce que la investigación es extrínseca e intrínsecamente ideológica. Este enfoque considera el carácter histórico del objeto de estudio, lo cual implica su cualidad de complejo, contradictorio, inacabado y en permanente transformación (172-79).

Sin embargo, los vínculos entre ambos enfoques están bien establecidos y cómo plantean diversos autores (172-79) lo ideal es combinar ambas perspectivas. Pope y Mays (178, p.3) plantean: *“La medición en la investigación cualitativa está usualmente relacionada con la taxonomía o clasificación. La investigación cualitativa responde a preguntas como Qué es X, cómo X varía en diferentes circunstancias y por qué, más que a preguntas del tipo Cuán grande es X o cuántas X hay.”*

En el campo de la salud y en particular de la Psicología de la Salud, en muchas ocasiones la investigación cualitativa se ha visto como un paso que precede a la cuantitativa.. Esta forma de proceder ha estado en la base de la construcción de muchos procedimientos de evaluación.

Otra manera de ver la relación entre ambos enfoques ha sido el utilizar la investigación cualitativa para validar la cuantitativa o para proveer una perspectiva diferente de un mismo fenómeno social. Por último, la investigación cualitativa no sólo puede utilizarse de esta manera complementaria, sino que puede ser usada de manera independiente para estudiar procesos sociales que no resultan prácticamente accesibles a la investigación cuantitativa. Un ejemplo de ello son algunos problemas relacionados con la organización de los

Cuadro 1: Características de los métodos cualitativos y cuantitativos

CARACTERISTICA	METODOS CUANTITATIVOS	METODOS CUALITATIVOS
MUESTRA	Representativa de la población, típicamente amplia	muestra dirigida, típicamente pequeña
TECNICA	estandarizadas	entrevista individual o grupal, observación, estudio de casos
ALCANCE DE LA INFORMACION	evaluación de un número limitado de factores	aunque inicialmente es definida por el investigador, puede ser modificada a partir de las ideas y preocupaciones de los sujetos
ANALISIS DE DATOS	la información se clasifica de manera predeterminada datos sucintos., cuantificables, pueden ser presentados en tablas y analizados estadísticamente	la información se clasifica mediante proceso inductivo datos extensos, descriptivos, interpretación más subjetiva
Interacción con los sujetos	relaciones formales, estructuradas	relaciones semiestructuradas, informales, intenta penetrar el mundo de los entrevistados

(*) Adaptado de Aubel (175, p.5)

servicios de salud, que en esta tesis se investigan desde dos aristas: los problemas del trabajo multidisciplinario y los problemas de las expectativas de los pacientes ante la intervención psicológica.

Así, se realizaron dos estudios con enfoque cualitativo con el objetivo de caracterizar y describir estas particularidades del quehacer asistencial que están íntimamente relacionadas con la atención psicológica a los pacientes con dolor.

A partir de los datos obtenidos de estos estudios, del análisis de la literatura sobre el tema y de la reflexión sobre la experiencia acumulada en el ejercicio de la Psicología de la Salud, se delimitaron las estrategias a tener en cuenta en la selección de los procedimientos para la evaluación psicológica y la organización del proceso de evaluación. Teniendo en cuenta estas estrategias, se realizaron un conjunto de investigaciones con enfoque cuantitativo con el fin de “poner a punto” para su introducción en la asistencia, instrumentos útiles para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor.

Aspectos Éticos

En todos los casos se tuvo en cuenta las recomendaciones para la investigación biomédica relacionada con seres humanos ⁽¹⁸⁰⁻¹⁾. Los sujetos siempre fueron informados de los objetivos de los estudios y se solicitó su consentimiento para utilizar la información. Se protegió la confidencialidad de los sujetos al amparo de lo dispuesto por las normas internacionales. A todos los sujetos que fueron evaluados se les informó de los resultados y se brindó tratamiento a los pacientes que lo necesitaban.

Diseño de los Estudios

En total, la tesis presenta los resultados de 8 investigaciones. Dos de ellas, dirigidas a caracterizar aspectos de nuestra práctica asistencial que pueden influir en la organización del proceso de evaluación psicológica, fueron realizadas con el enfoque y métodos de la investigación cualitativa. Ellas fueron:

- Un estudio dirigido a identificar los problemas que afectan la interacción multidisciplinar y desarrollar las aptitudes para el trabajo multidisciplinario en la atención a los pacientes con dolor, el cual se basó en un Curso Taller de una semana de duración, en el que interactuaron un grupo de investigadores con una muestra de 72

profesionales de diversas instituciones y niveles del SNS, que tenían diferente tiempo de experiencia en la atención al dolor. Para la recogida de la información se utilizaron diversas técnicas como la observación participante, el análisis de las representaciones gráficas, juego de roles, lluvia de ideas y encuestas de opinión.

- Un estudio dirigido a conocer las expectativas, creencias y valoraciones sobre la atención psicológica que tienen los pacientes con dolor crónico que son remitidos a atención psicológica especializada, el que se realizó mediante la técnica de entrevista a fondo, la cual se hacía en la primera consulta de Psicología de los pacientes. La muestra estuvo integrada por 26 pacientes remitidos por primera vez a Consulta de Psicología en el Servicio Nacional de Reumatología. En una segunda consulta los sujetos fueron evaluados con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ).

Estos estudios aportaron información para el logro del objetivo 1 .

Algunos supuestos metodológicos fueron comunes para ambas investigaciones. Por ejemplo, se tuvo en cuenta que los principales riesgos que se corren con la investigación cualitativa son la tendencia al empirismo y el limitarse a la simple descripción de los fenómenos ⁽¹⁸²⁾.

Dado que el diseño de los estudios deberá ser necesariamente flexible y puede modificarse mientras la investigación está en proceso^(172-79, 182) , el control de los riesgos anteriormente mencionados se realizó de manera continua durante todo el proceso investigativo, desde la fase exploratoria hasta el análisis de los datos y su interpretación.

En las investigaciones descritas se comenzó por definir el tema, el cual inicialmente se esbozó de manera general ya que el propio trabajo de campo iría delimitando los objetivos específicos. Se seleccionó la muestra y los instrumentos y se inició el trabajo de campo, prestándosele especial atención a la recogida minuciosa de la información , lo cual resultó bastante complicado por la naturaleza de los datos (comunicaciones orales y escritas, observaciones, etc.) y por la necesidad de validar la información ya que en muchas ocasiones los informantes deliberadamente ocultan información si consideran que esta amenaza de alguna manera los intereses del grupo. La información recogida fue procesada para su almacenamiento y análisis. El análisis de los datos se realizó mediante el procedimiento de análisis temático. Por último, los resultados y su interpretación fueron

utilizados para la ejecución de acciones, por lo que en la investigaciones realizadas con profesionales de la salud, los "sujetos" fueron consultados e informados y participaron activamente en la elaboración de las interpretaciones ⁽¹⁸⁴⁾, mientras que en la investigación realizada con pacientes, durante la propia entrevista inicial se trabajó en la modificación de las expectativas negativas de los pacientes con respecto a la atención psicológica, lo cual era imprescindible para realizar un tratamiento adecuado. En los epígrafes correspondientes se abundará sobre los procedimientos para el muestreo, instrumentos y análisis de los datos. Las características metodológicas de estos estudios se resumen en el cuadro número 2.

También se desarrollaron investigaciones dirigidas a evaluar la utilidad y validez de procedimientos desarrollados en otros contextos. Ellas fueron:

- Un estudio exploratorio , transversal, de carácter descriptivo, dirigido a explorar la utilidad del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de los pacientes cubanos con dolor crónico, que examinó la validez empírica y la consistencia interna de esta escala a través de las técnicas de chi cuadrado para evaluar diferencias significativas en la selección de los descriptores en función de variables clínicas y sociodemográficas y del coeficiente de correlación de Spearman, respectivamente, en una muestra de 127 pacientes con diferentes tipos de dolor.
- Un estudio comparativo transversal dirigido a valorar la utilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para la evaluación de la depresión en pacientes reumáticos que trabajó con 230 pacientes divididos en tres grupos: un grupo de pacientes con síntomas depresivos clínicamente evidentes, un grupo de dolor “psicosomático” y un grupo de pacientes sin depresión clínica, a los que se les aplicó el BDI y el IDARE. A través del Análisis de Varianza se detectaron la significación de las diferencias entre los grupos estudiados. La prueba de Kruskal -Wallis se utilizó para evaluar las diferencias en las dimensiones particulares del BDI y se aplicaron técnicas de análisis factorial y análisis discriminante para corroborar los resultados obtenidos.

Estas investigaciones responden al segundo objetivo específico. Sus características metodológicas se resumen en el cuadro número 3 y se detallan en los epígrafes correspondientes del capítulo dedicado al Análisis y Discusión de los Resultados.

Por último, se presentan los resultados de un conjunto de investigaciones conducidas con el fin de desarrollar nuevos procedimientos para la evaluación de los pacientes con dolor

Cuadro 2: Características metodológicas de los estudios dirigidos a caracterizar aspectos de nuestra práctica asistencial que influyen en la evaluación psicológica.

OBJETIVOS	N	METODOLOGIA	TECNICAS
<u>Estudio 1:</u> Identificar y modificar actitudes y creencias que obstaculizan el trabajo multidisciplinario	72 profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) de diferentes instituciones del SNS y con diferente tiempo de experiencia en la atención a pacientes con dolor .	Curso-Taller de una semana de duración en el que interactuaba el grupo de investigadores-facilitadores con el grupo de sujetos.	Observación participante, representación gráfica, juegos de roles, lluvia de ideas, encuestas de opinión
<u>Estudio 2:</u> Conocer las expectativas ante la atención psicológica de pacientes reumáticos con dolor crónico	28 pacientes remitidos a Consulta de psicología del Servicio Nacional de Reumatología , con problemas de dolor crónico osteomiarticular	Entrevista individual	Entrevista a fondo

Cuadro 3: Características metodológicas de los estudios dirigidos a explorar la utilidad de procedimientos desarrollados en otros contextos.

INSTRUMENTO ESTUDIADO	N	PROPIEDADES ESTUDIADAS	TECNICAS ESTADISTICAS
MPQ	127	• Validez empírica • Consistencia interna	1. Chi cuadrado para detectar si existen diferencias significativas en la selección de los descriptores en función del sexo, la edad , la escolaridad o el tipo de dolor. 2. Coeficiente de correlación de Spearman para conocer si existen asociaciones significativas entre las puntuaciones de las diferentes subescalas del MPQ y las puntuaciones obtenidas en el IDARE y el BDI. 3. Coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la correlación de las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas del MPQ
BDI	230	• Confiabilidad para diagnosticar depresión en los pacientes reumáticos	1. Análisis de varianza para detectar significación de las diferencias en el BDI e IDARE entre los grupos estudiados (pacientes reumáticos deprimidos, no deprimidos y trastornos psicosomáticos). 2. Prueba de Kuskal-Wallis para detectar diferencias significativas entre los grupos en las distintas dimensiones de la depresión según el BDI. 3. Prueba U-MannWhitney para comparar a los pacientes deprimidos y no deprimidos en las distintas dimensiones del BDI

Cuadro 4: Características metodológicas de los estudios dirigidos a la creación de nuevos procedimientos de evaluación psicológica.

INSTRUMENTO	TIPOS DE ESTUDIO	N	OBJETIVOS	TECNICAS ESTADISTICAS
E-DARI	Exploratorio, descriptivo, transversal	118	• Obtener la estructura factorial de la escala • Obtener valores normativos para la calificación • Valorar consistencia interna del instrumento • Explorar las posibilidades para discriminar entre tipos de dolor	1. Análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX 2. Cálculo de X y SD de las puntuaciones por subescalas 3. Coeficiente de correlación de Spearman 4. Análisis de varianza ONE-WAY
GEMAT	1. Experimental a “doble ciego” 2. Transversal, descriptivo, exploratorio 3. Longitudinal observacional retrospectivo, con diseño aleatorizado por bloques	46 50 100	• Comparar juicio clínico con diagnóstico por GEMAT • Validez concurrente de algunas subescalas del GEMAT • Validez predictiva	1. Análisis de correspondencia 2. Análisis discriminate 1. Correlación de Spearman 1. ANOVA ONEWAY 2. U-Mann Whitney

crónico, que responden a demandas específicas de nuestra realidad asistencial. Estas investigaciones son:

- Un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, dirigido a la elaboración y validación de la Escala Dolor-Actividad-Relaciones Interpersonales (E-DARI). Para ello se trabajó con una muestra de 118 pacientes con diversos tipos de dolor crónico, a los que se les aplicó el E-DARI, el IDARE y el BDI con el fin de obtener la estructura factorial de la escala, valorar la consistencia interna del instrumento, obtener valores normativos para su calificación y valorar su utilidad para discriminar entre los diversos tipos de dolor. Para el análisis se utilizaron técnicas estadísticas no paramétricas y técnicas de análisis multivariado.

Tres investigaciones dirigidas a validar el Cuestionario Multidimensional de Dolor GEMAT.

- La primera de estas investigaciones consistió en un estudio experimental “doble ciego” que tenía como objetivo comparar el juicio clínico sobre la necesidad de atención psicológica, al que llega el psicólogo mediante entrevistas y pruebas tradicionales, con el juicio que permite hacer el GEMAT sobre este mismo aspecto. Para ello se trabajó con una muestra de 46 pacientes reumáticos, a los que se aplicó el GEMAT en los marcos de las consultas de evaluación psicológica que se realizaban con fines asistenciales. Estos sujetos fueron evaluados de manera independiente por tres psicólogos, que desconocían los resultados de los sujetos en el GEMAT. Se realizó el análisis de correspondencia para evaluar la correlación entre el diagnóstico realizado por los psicólogos y el diagnóstico obtenido a través del GEMAT, y se efectuó un análisis discriminante con el fin de corroborar el análisis anterior.
- La segunda investigación consistió en un estudio transversal, descriptivo, exploratorio realizado con el objetivo de evaluar la validez concurrente de algunas subescalas del GEMAT con pruebas específicas para estos aspectos. Se trabajó con una muestra de 50 pacientes a los que se les aplicó además del GEMAT, el IDARE, el BDI y el E-DARI. Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se examinaron las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en estas pruebas y las calificaciones obtenidas en las subescalas del GEMAT que evalúan los estados emocionales y la

limitación de la actividad.

- La tercera investigación describe los resultados de un estudio longitudinal observacional retrospectivo, que tenía como objetivo evaluar la validez predictiva del GEMAT, con una muestra de 100 pacientes que habían recibido tratamiento para el dolor. La muestra se subdividió en cuatro grupos de 25 sujetos, homogéneos con respecto a la distribución por sexo, edad y patología. Un subgrupo lo integraron pacientes que según el GEMAT necesitaban atención psicológica y la recibieron, otro estaba integrado por pacientes que necesitaban atención psicológica y no la recibieron, el tercer subgrupo estaba compuesto por pacientes que según el GEMAT no necesitaban de atención psicológica y el cuarto grupo sirvió de control y lo integraban pacientes que no fueron evaluados con el GEMAT. Mediante el ANOVA ONE WAY y el estadígrafo U de Mann Whitney se evaluaron la significación de las diferencias en cuanto a intensidad del dolor al finalizar del tratamiento y el número de sesiones de acupuntura que necesitaron los pacientes de los diferentes subgrupos.

Todas estas investigaciones responden al tercer objetivo específico. Sus características metodológicas se resumen en el cuadro número 4 y se detallan en los epígrafes correspondientes del capítulo dedicado al Análisis y Discusión de los Resultados.

Para el diseño de los estudios de creación y validación de pruebas psicológicas se tuvo en cuenta los supuestos hipotéticos y requisitos metodológicos inherentes a la investigación dirigida al desarrollo y validación de cuestionarios y escalas autodescriptivas. En primer lugar se partió del supuesto de considerar que las descripciones y aseveraciones que hacen los sujetos acerca de su conducta son lo suficientemente confiables como para ser utilizadas en el proceso de diagnóstico. Este tema ha sido ampliamente discutido ⁽¹⁸³⁾ y a pesar de las objeciones que pueden hacerse a los procedimientos que se basan en la autoreferencia, nos suscribimos a los criterios que defienden su uso.

Otra característica común a estos estudios es la preocupación por las cuestiones relacionadas con la validez. Como es conocido, no se puede hablar de una validez general, sino de una validez relativa al tipo de decisión que se va a tomar con la prueba en cuestión ⁽¹⁵⁰⁾. De esta manera, la determinación de los objetivos particulares de las investigaciones que se reseñan estuvo precedida del proceso de investigación cualitativa anterior y del análisis de las metas clínicas y de intervención a las que estas pruebas debían servir, el cual

determinó la prioridad de los estudios de validación a realizar.

Cuando se trató de hacer la adaptación de procedimientos desarrollados en otros idiomas, se siguieron las recomendaciones de Ch. Spielberger ⁽¹⁸⁴⁾ para la traducción de pruebas psicológicas, que implican la utilización de jueces bilingües y con experiencia en el uso de pruebas psicológicas, para verificar la pertinencia de las traducciones. Por supuesto, se veló porque el contenido de los ítems se correspondiera con nuestro contexto cultural y por respetar su connotación psicolingüística.

Criterios de selección de las poblaciones de estudio y las muestras. Consideraciones generales

En total fueron incluidos 699 pacientes y 72 profesionales de la salud. Los pacientes fueron obtenidos del Servicio Nacional de Reumatología, la Clínica del Dolor del Hospital `10 de Octubre`, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y el Hospital C.Q. `Hermanos Ameijeiras`, todos de la Ciudad de la Habana. Las patologías más frecuentes fueron las enfermedades reumáticas y osteomioarticulares, el cáncer y el dolor de origen neurológico. Los pacientes presentaban problemas de dolor crónico con un tiempo de evolución variable en un rango entre 7 meses y 15 años. Las características clínicas y sociodemográficas de las muestras se describen para cada estudio particular.

Dado que en el presente trabajo coexisten dos enfoques metodológicos como son el enfoque cualitativo y el cuantitativo, las muestras y los procedimientos para seleccionarlas responden a las exigencias de estos enfoques.

Criterios para la selección de los sujetos de las investigaciones dirigidas a caracterizar los aspectos de nuestra práctica asistencial que pueden influir en la evaluación psicológica.

En estas investigaciones cualitativas los criterios de reclutamiento eran únicamente dependientes de los objetivos de estos estudios. No se consideró procedente definir criterios de exclusión porque la meta es lograr aprehender un fenómeno en sus múltiples manifestaciones y determinantes, por lo que todos los aspectos vinculados al mismo son importantes. ^(175-81, 184).

Con respecto a la selección de las muestras, se siguieron las recomendaciones de Souza

Minayo ⁽¹⁷⁶⁾. Según esta autora, en la investigación cualitativa la muestra ideal *"es capaz de reflejar la totalidad en sus múltiples dimensiones"* ^(172, p. 88). Los criterios para la selección de las muestras fueron:

- Definir claramente el grupo social más relevante para la entrevista y la observación, lo que implica tener en cuenta no sólo que este incluya a todos los tipos de casos relacionadas con el tema a investigar, sino también a aquellos sujetos que brinden las informaciones más confiables.
- Prever un proceso de inclusión progresiva encaminado por los descubrimientos de campo.
- Prever procesos de triangulación (uso combinado de varias técnicas de abordaje, de varios informantes y de diferentes puntos de vista de observación)

Así, para caracterizar los aspectos del trabajo multidisciplinario que influyen en la evaluación psicológica se consideró procedente incluir profesionales de nuestro Sistema de Salud que tuvieran diferentes especialidades (médicos, estomatólogos, psicólogos, etc.), que trabajaran en diferentes instituciones y niveles del SNS y tuvieran diferente tiempo de experiencia, con el fin de obtener información de fuentes variadas.

Para explorar las expectativas de los pacientes ante la atención psicológica se trabajó con todos los pacientes que fueron remitidos a Consulta de Psicología en un mes cualquiera, en el Servicio Nacional de Reumatología. Se partió del supuesto de que los pacientes reumáticos son representativos de los problemas de dolor crónico y de la experiencia de que las vías para remitirlos a Psicología eran similares a las que se usan en las demás instituciones hospitalarias de la capital, de manera habitual.

Como consecuencia, en nuestros estudios las muestras se caracterizaron por:

1. Privilegiar los sistemas sociales que detentan los atributos que se pretenden conocer
2. Considerar un número suficiente para permitir una cierta reincidencia de las informaciones, sin despreciar las informaciones dispares.
3. Prestar atención al locus donde se recogería la información.

Las muestras de estas investigaciones aparecen en el cuadro número 2 y los criterios específicos para la selección de los sujetos son descritos con más amplitud en los epígrafes correspondientes del capítulo de los Resultados.

Criterios para la selección de los sujetos de las investigaciones dirigidas a la creación y/o validación de pruebas psicológicas.

Para la selección de los pacientes se tomaron en cuenta los requisitos que se le exigen a las investigaciones con pacientes con dolor crónico, las que centran en la necesidad de incluir los principales problemas de dolor y que se expliciten datos acerca de la distribución por sexos, escolaridad y grupos de edades así como acerca del tiempo de evolución ⁽⁴⁾. Así, se incluyeron pacientes con diversos tipos de dolor velando por que las distribuciones por sexos, edades, niveles de escolaridad, ocupación, etc. se correspondieran a las que, según la literatura ^(4, 26), caracterizan a la población de pacientes con problemas de dolor crónico que se atienden en los servicios de salud.

Los tipos de dolor crónico que se atienden en los servicios especializados de atención al dolor (como las Clínicas del Dolor) con mayor frecuencia son: el dolor propio de las enfermedades osteomioarticulares y reumáticas, el dolor asociado o debido al cáncer y los síndromes dolorosos que se atienden por Neurología y Neurocirugía. Por esta razón los pacientes que se incluyen en estas investigaciones provienen de los servicios ya mencionados.

Criterios de inclusión

Fueron incluidos pacientes adultos, con problemas de dolor crónico de tipo osteomioarticular y reumático, cáncer, cefalea y neurológico, de ambos sexos y con edades comprendidas entre 18 y 80 años, que recibieran atención médica y/o psicológica en el Servicio Nacional de Reumatología, la Clínica del Dolor del Hospital `10 de Octubre`, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y el Hospital C.Q. `Hermanos Ameijeiras`, todos de la Ciudad de la Habana y pertenecientes al tercer nivel de atención, por lo que tratan a pacientes de todo el país. El nivel escolar mínimo requerido era sexto grado aprobado con el fin de garantizar las posibilidades de lecto-escritura.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los pacientes con escolaridad inferior a sexto grado, las personas con déficits visuales y/o auditivos que afectaran la lecto-escritura, los pacientes con trastornos psíquicos severos como psicosis, retraso mental y/o demencia que impidieran la

comprensión de las instrucciones .

Determinación de los tamaños muestrales

En todos los casos se determinó una muestra opinática o de conveniencia, teniendo en cuenta los antecedentes y objetivos de cada estudio en cuestión. Para determinar los tamaños muestrales se tuvieron en cuenta las necesidades del plan de análisis, así como los tamaños de muestra que aparecen referidos en la literatura con mayor frecuencia. Las características de las muestras aparecen referidas en los cuadros 3 y 4 y se describen detalladamente en los epígrafes correspondientes del Análisis y Discusión de los Resultados

Métodos y Técnicas

Para las investigaciones dirigidas a caracterizar los aspectos de nuestra práctica asistencial que pueden influir en la evaluación psicológica, los métodos utilizados fueron las entrevistas individuales y grupales, así como diversas técnicas grupales participativas como el juego de roles, la lluvia de ideas, etc. , conjuntamente con técnicas didácticas como conferencias, mesas redondas, discusión de casos, etc. Se describen detalladamente en los epígrafes correspondientes.

Los métodos utilizados para las investigaciones dirigidas a la validación de pruebas psicológicas fueron la entrevista clínica y las escalas autodescriptivas, las cuales también se describen detalladamente en los epígrafes que recogen los resultados.

Procedimientos para la aplicación de las pruebas

En todos los estudios de validación de pruebas, estas fueron aplicadas en una o más sesiones de trabajo en dependencia del tiempo que se tomaran en responderlas, de forma colectiva o individual por psicometristas debidamente adiestradas y con experiencia en la atención a enfermos crónicos.

A todos los sujetos se les informó de los fines de las investigaciones y se les pidió su consentimiento para utilizar los datos. En muchos casos, además de las pruebas que son objeto de estudio, se aplicaron otros procedimientos de diagnóstico psicológico si era necesario para la valoración del paciente. Siempre que se procedió de esta manera, las

primeras pruebas aplicadas fueron las de las investigaciones en cuestión. Los pacientes fueron informados en consultas de seguimiento de los resultados de su evaluación psicológica y se les impuso tratamiento, en caso de necesitarlo.

Procesamiento de los datos y Análisis de los Resultados

Como fueron diversos los procedimientos de recogida de la información, el almacenamiento de la misma estuvo en dependencia de las técnicas utilizadas, por lo que se describen en los epígrafes correspondientes.

El procesamiento y análisis de los datos de las dos investigaciones dirigidas a caracterizar el trabajo multidisciplinario y las expectativas de los pacientes ante la atención psicológica, respectivamente, se realizó a partir del análisis de los contenidos, específicamente el procedimiento de análisis temático ⁽¹⁷⁹⁾ el cual tiene tres momentos:

- preanálisis (mediante la técnica de lectura flotante)
- codificación
- tratamiento de los datos, que en algunos casos incluyó un procesamiento estadístico elemental (análisis porcentual, chi cuadrado).

Los datos de las investigaciones dirigidas a la validación de pruebas psicológicas fueron almacenados en bases de datos específicas para cada estudio, elaboradas con los programas Dbase IV y Excel.

Los objetivos y naturaleza de estos trabajos determinaron que el análisis de los resultados de los mismos tuviera una fuerte carga estadística. Se utilizaron técnicas univariadas paramétricas y no paramétricas y procedimientos de análisis multivariado. Se describieron en el epígrafe dedicado al diseño, en los cuadros 3 y 4 y se detallan posteriormente en capítulo de Resultados. El procesamiento estadístico se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en una computadora personal.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES DIRIGIDAS A CARACTERIZAR ASPECTOS DE NUESTRA PRÁCTICA ASISTENCIAL QUE INFLUYEN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Consideraciones Generales

El tema general que tratan las investigaciones que se describen a continuación es el de las particularidades de la asistencia psicológica a los pacientes con dolor crónico en el marco de la atención multidisciplinaria en nuestro Sistema de Salud. Para ello se consideró que era necesario, por una parte, identificar los problemas que afectan la interacción multidisciplinaria, así como profundizar en las expectativas y actitudes de los pacientes hacia la atención psicológica.

“Grupo en grupo”: la identificación de los problemas que afectan la interacción multidisciplinaria* .

Introducción:

El fin inicial de este trabajo era capacitar a los profesionales de la salud relacionados con la atención al dolor en los aspectos psicológicos de este proceso e incentivar a los participantes para el desarrollo de equipos multidisciplinarios en sus respectivas instituciones. Sin embargo, la experiencia en el trabajo en otros equipos multidisciplinarios así como los logros y dificultades que había vivido en el desarrollo del propio Grupo de Trabajo Científico en Psicología del Dolor (GTCD), indicaba que era necesario tener en cuenta los aspectos emocionales, vivenciales, que intervienen en el desarrollo de los equipos multidisciplinarios. Por otra parte, se deberían tener en cuenta las propias

* N. del A: Parte de este trabajo apareció publicado con el título “El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario”. Rev. Lat. de Psicol. 27(1):9-24, 1995 cuyos autores son B. Záz, M. Martín, J. Grau y N.Rial. En este capítulo se enfoca el análisis de los resultados desde otra de sus facetas. Además de las personas ya mencionadas , participaron como

emociones y sentimientos, entre los que sobresalían la curiosidad por saber cómo sería acogida nuestra experiencia y la necesidad de "medir" de alguna manera los resultados que habíamos tenido como Grupo.

Por tanto, el supuesto era que la interacción entre un equipo de expertos -facilitadores (en este caso el GTCD) con un grupo heterogéneo de profesionales de diversas instituciones de salud en los marcos de un Taller sobre Psicología del Dolor, podría ser un medio útil para el logro de los objetivos planteados.

Para seleccionar la muestra se consideró que debía incluir a diversos profesionales de la salud, de diversas instituciones y niveles del SNS y con diferente tiempo de experiencia en la atención a enfermos con dolor, para poder acceder a un espectro de puntos de vista sobre la problemática. Se trabajó con un grupo de 72 profesionales de la salud conformado por 38 psicólogos, 15 médicos (anestesiólogos, fisiatras, internistas), 10 estomatólogos, 6 técnicos medios en psicometría, 2 Licenciados en Enfermería y 1 pedagogo (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de la muestra de acuerdo a nivel de procedencia y experiencia en la atención a pacientes con dolor.

PROFESIÓN	NIVEL DE PROCEDENCIA			TIEMPO DE EXPERIENCIA			
	PRIM.	SEC.	TER.	Menos 1 año	de 1 a 5 años	de 5 a 10 años	+ de 10 años
Psicólogos (38)	10	20	8	5	20	7	6
Médicos (15)	5	7	3	3	10	2	-
Estomatólogos (10)	5	5	-	3	4	3	-
Otros (9)	1	5	3	1	7	1	-
TOTAL	21	37	14	12	41	13	6

El equipo de facilitadores estaba integrado por 6 psicólogos y 1 médico. Se trabajó durante cinco jornadas de 4 horas diarias en el Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras".

El basamento metodológico que sustentaría el trabajo sería el de la acción encadenada y

progresiva del GTCD con otros grupos, en la que se activaría por etapas y a través de determinados recursos y técnicas, toda una dinámica intragrupal e intergrupal que facilitaría el cumplimiento de los objetivos .

Se consideró que debían utilizarse diversos tipos de recursos de comunicación (verbales y no verbales) partiendo de los siguientes principios:

- Tener en cuenta las características personales de los miembros del GTCD para influir sobre el grupo, lo cual implica que cada uno de los integrantes debería ejecutar durante el taller el tipo de actividades para las que tiene más habilidades y conocimientos
- La elaboración grupal de todo el taller: antes, durante y después de cada sesión se analizaría la marcha del taller, las contradicciones, vivencias, necesidades individuales o grupales que aparecen, etc.
- Interactuar con el grupo de profesionales con nuestras emociones personales y no sólo como expertos ⁽¹⁸⁵⁾.
- Concepción del taller también como un proceso fecundo para nuestra propia formación individual y grupal
- Selección de los contenidos informativos a impartir en función de las características del auditorio (profesión, experiencia, actividades, habilidades) y de los propósitos educativos del Taller.
- Multiplicidad de recursos didácticos ⁽¹⁸⁵⁾
- Articulación de las técnicas y recursos en un encadenamiento progresivo ⁽¹⁸⁶⁾
- Utilización y explotación de los aspectos informativos, interactivos y perceptivos de la comunicación durante todo el desarrollo del taller buscando argumentos dobles, connotaciones emocionales y vivencias emanadas del mensaje indirecto en el trabajo in situ.

En la tabla 2 se exponen los recursos y técnicas concretas empleados.

La información obtenida de las diversas técnicas era recogida por escrito por alguno de los miembros del equipo, mientras otros dirigían la ejecución de las técnicas. Al finalizar cada sesión, el equipo se reunía para analizar los datos que iban apareciendo y tomar decisiones sobre cómo conducir el proceso.

El análisis de los datos se realizó mediante la técnica de análisis temático. Se realizaron varias lecturas flotantes del material acumulado mediante las diferentes técnicas y se

crearon categorías de calificación que respondían a las características de las respuestas en relación con el problema estudiado, independientemente del método de recogida de la información. Se realizaron algunos análisis estadísticos simples como la distribución porcentual.

Como sucede frecuentemente en la investigación cualitativa, la propia dinámica del trabajo estableció modificaciones sobre los objetivos iniciales. Surgió un nuevo objetivo, de importancia fundamental, que fue la identificación y modificación de los factores que impiden el desarrollo del trabajo multidisciplinario. En esta exposición se abordarán los resultados obtenidos en relación a este último objetivo.

Tabla 2. Recursos y técnicas empleados

Técnica	Particularidad
Representaciones gráficas	• Del dolor • de un grupo multidisciplinario
Técnicas participativas de presentación	• Presentación por pareja
Animación	• Lluvia de ideas
Evaluativas	Reporte individual y anónimo sobre: • experiencias positivas recibidas en el Taller • experiencias negativas, deficiencias e insuficiencias • recomendaciones
Juego de Roles	• Sobre una consulta con un paciente con dolor de difícil manejo • Sobre interacciones entre profesionales del equipo multidisciplinario • Sobre un equipo multidisciplinario ideal
Observación Participante	-

Resultados y Discusión

La codificación de la información obtenida a través de las múltiples técnicas empleadas en el Taller, permitió categorizar dos grandes grupos de factores que dificultan la interacción multidisciplinaria en la atención a los pacientes con dolor. Ellos fueron:

a) Las creencias sobre el dolor que presentan los profesionales relacionados con su

atención

- b) Otras barreras subjetivas y objetivas propias de la formación profesional y de la organización de los servicios de salud.

Creencias sobre el dolor entre los profesionales de la salud.

A partir de la integración obtenida mediante las técnicas evaluativas utilizadas en la primera sesión del taller se pudo codificar los siguientes tipos de información, las cuales, por supuesto podrían o no coincidir en un mismo sujeto.

1. *Concepción del dolor como una representación subjetiva vinculada a expresiones emocionales*: Esta concepción era muy frecuente (75% de los sujetos) y aunque no era privativa de una profesión en particular, era más frecuente entre los psicólogos.
2. *Representación del dolor como una lesión en una localización del cuerpo*: se expresaba sobre todo en los estomatólogos, quienes lógicamente, lo asociaban al dolor de muelas.
3. *Expresión del dolor como de origen multicausal*: fue la menos frecuente (sólo el 5% de los sujetos)
4. *Concepción dicotómica de dolor orgánico vs. psicógeno*: fue la más frecuente, presentándola el 95 % de los sujetos, independientemente de su profesión o experiencia.

Este tipo de respuestas muestra por una parte, la prevalencia de creencias erróneas sobre un dolor “psicógeno” (y por ende, fingido y/o asociado con psicopatología, difícil de comprender y tratar) y un dolor orgánico (“legal”, real, causado por una lesión, diagnosticable y curable). También alertaba ante la posibilidad de “psicologizar” la problemática del dolor, propia a los psicólogos.

Es posible deducir, además, que estos tipos de respuesta reflejaban también las expectativas de los sujetos con respecto al Taller. Teniendo en cuenta que la expresión “Psicología del Dolor” era relativamente novedosa en nuestro contexto profesional, los participantes al taller habían elaborado sus propias concepciones con respecto a qué trataría el Taller .

Estas posiciones iniciales se fueron modificando en el curso del trabajo grupal. Los sujetos no sólo asimilaron los aspectos informativos que les presentaban los modelos multicausales sobre el dolor, sino que también se trabajó en la reelaboración de las experiencias personales y profesionales a través de la discusión de casos, con el fin de propiciar una

nueva "mirada" hacia el paciente con dolor, que tuviera en cuenta que las dimensiones orgánico-psicológica no son transversales y contrapuestas. De esta manera, se logró un reconocimiento también hacia la importancia de las diferentes especialidades en el diagnóstico y tratamiento del dolor y la identificación de nuestros propios límites profesionales y personales.

Barreras subjetivas y objetivas que dificultan el trabajo multidisciplinario

Para el análisis de este punto fue básica la información obtenida a través de las técnicas de juego de roles y la discusión de casos, que permitió identificar los siguientes problemas:

1. Ausencia de un lenguaje común: los distintos profesionales se refieren a la problemática de los pacientes a partir de los códigos aprendidos en su formación académica que por supuesto son diferentes. Estas diferencias se hacen más patentes entre los psicólogos y el resto de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, estomatólogos). Por ejemplo, en uno de los juegos de roles se les pidió a un médico interpretar el papel del psicólogo y viceversa, produciéndose el siguiente diálogo.

Psicólogo en el personaje del médico: "Doctora, quisiera que me viera a la cama 6 que se trata de una paciente con una artritis reumatoidea con cifras normales de alfa y beta gammaglobulinas y que se queja de dolor en hipocondrio izquierdo, no concordante con el cuadro clínico. Yo creo que ella tiene algún conflicto familiar y que es una histérica "

(El actor que hacía de psicólogo, en este caso, un médico, ponía cara de no entender nada de lo que le decían)

Médico en el personaje del psicólogo al otro día de haber consultado a la paciente: "Doctor, yo vi a Estela, yo pienso que la paciente está obteniendo reforzamiento operante por conductas aversivas que le proporcionan mecanismos para reducir la angustia existencial propia a los arquetipos humanos. "

(El actor que hacía de médico, en este caso, un psicólogo, un poco por revancha y otro por que de verdad no entendía nada, repitió las expresiones faciales de su compañera en la improvisación anterior)

El diálogo citado, poblado de disparates técnicos, se realizó en un ambiente lúdico de hilaridad general en el grupo. Sin embargo, ilustra claramente el desconocimiento del lenguaje y los modos de explicar la conducta humana propios a cada especialidad. También

muestra que ante este desconocimiento los profesionales se defendían fingiendo una comprensión que no había, en lugar de preguntar, por lo que el resultado era una verdadera conversación entre sordos.

2. *Desconocimiento sobre los recursos y los límites de las diferentes especialidades:* Los profesionales no sabían delimitar claramente los límites del alcance de su especialidad. Por ejemplo, en una dramatización se pone de manifiesto que cuando el médico no encuentra una causa "orgánica" que le explique el dolor (muchas veces por falta de recursos o de conocimientos actualizados sobre el problema) etiquetaba el caso como "psicógeno" y lo remitía al psicólogo, desentendiéndose totalmente del tratamiento del paciente.

Otro fenómeno de este tipo es el intrusismo profesional. Por ejemplo, en los debates se citaron los casos de psicólogos que aplicaban procedimientos médicos (mandar medicamentos, fisioterapia, etc.) y no aplicaban en cambio, procedimientos y técnicas psicológicas.

3. *Prejuicios sobre los otros profesionales:* en algunas dramatizaciones se hizo evidente que el contacto inicial y/o ocasional con otro profesional marcaba la imagen que se tendría en lo adelante de ese tipo de especialistas, por ejemplo, algunos médicos consideraban que los psicólogos eran indisciplinados porque no participaban en actividades relevantes para ellos como el pase de visita, mientras que algunos psicólogos consideraban que los médicos eran prepotentes y despreciaban la Psicología.

4. *Creencias prevalentes en la población que afectan el trabajo profesional:* la creencia de muchas personas de que el psicólogo es "para los locos" apareció como un factor que dificultaba el trabajo de todo el equipo, pues predispone al sujeto en contra de la valoración psicológica, incluso cuando el médico considera que esta es necesaria.

5. *Problemas relativos a la organización del trabajo:* se puso de manifiesto que no existen actividades institucionales dirigidas a propiciar la interacción multidisciplinaria, sobre todo en el nivel secundario. La organización de los servicios de salud en los hospitales se basa en la experiencia centenaria de estas instituciones y responde a una filosofía biologicista. Se hizo evidente la necesidad de que los equipos crearan los espacios que permitieran el desarrollo y la interacción interdisciplinaria.

Las discusiones emanadas de los juegos de roles, las reacciones emocionales de los participantes y el descubrimiento y concientización de los aspectos mencionados por parte del grupo (ya conformando un grupo tanto los facilitadores como los participantes del

taller) sirvieron de detonadores para el cambio. Las producciones grupales cada día se iban enriqueciendo, se lograba un lenguaje común y se modificaban prejuicios.

Resultó sugerente que en el juego de roles final, que tenía como fin lograr la consolidación de las nuevas actitudes y habilidades, se evidenció la necesidad de trabajar en equipo, ideas acerca de como organizar el trabajo para que "floreciera" el enfoque multidisciplinario, el desarrollo de relaciones interpersonales en un clima cordial, el respeto interprofesional y la importancia de la disciplina laboral.

La técnica evaluativa utilizada al final del taller incluía preguntas acerca de las experiencias positivas obtenidas y los aspectos negativos y las sugerencias que deseaban hacerle al taller.

Las respuestas a la primera pregunta (experiencias positivas obtenidas) se pudieron clasificar en tres categorías:

1. Un conocimiento nuevo sobre lo que es el dolor, en una nueva concepción multidisciplinaria, con una valoración armónica de su diagnóstico y tratamiento. Ejemplo: "He recibido experiencias interesantes desde el punto de vista informativo, pero además he sentido cómo se iba modificando mi propia concepción en el enfrentamiento del problema del dolor no solo desde el punto de vista teórico, sino también práctico" (psicóloga).
2. Reconocimiento de la necesidad de implementar el trabajo multidisciplinario en la atención al paciente con dolor. Ejemplo: "He vivido la experiencia de la multidisciplinariedad y he reconocido la importancia de esta manera de trabajar. Además personalmente he comprendido la necesidad del trabajo psicológico" (médico)
3. Reconocimiento de la importancia que el modelo de aprendizaje tuvo en el logro de los objetivos. Ejemplo: "Considero como fundamental el hecho de permitir un proceso activo de aprendizaje, combinar diferentes tipos de actividades, vivir estos días con el grupo de ustedes..." (psicólogo). "Experiencias agradables de obtener nuevos conocimientos sobre el tema del dolor, una experiencia muy positiva en el intercambio con expertos en el tema" (médico). "El propio funcionamiento del taller" (psicólogo).

No hubo señalamientos negativos a pesar de que las respuestas eran anónimas. Entre las sugerencias más frecuentes estuvo aumentar el tiempo del taller (46% de los sujetos). Como dijera Rogers ^(187, p.146) al referirse a qué significaba tener éxito con un grupo: "*...si la mayoría de los miembros piensan que fue una experiencia gratificadora, que, de*

alguna manera contribuyó a su desarrollo, estimo que cabe sostener que ha alcanzado éxito..." El Programa "Grupo en Grupo" fue gratificante para todos los que tuvimos la oportunidad de compartir esa experiencia. Propició un cambio en todos los participantes, de manera que la sugerencia "den más talleres de este tipo", puede ser interpretada no solo como un reconocimiento, sino como una demanda de nuestra realidad profesional actual.

Los resultados de este estudio mostraron como existen en los profesionales de la salud encargados de la atención a los pacientes con dolor, creencias y actitudes que entorpecen el trabajo multidisciplinario y por ende, la calidad de los abordajes terapéuticos. Este fenómeno no es exclusivo de nuestro sistema de salud ni está solamente referido al área de la atención al dolor pues está condicionado entre otros factores, por los modelos de formación y desarrollo de los recursos humanos en salud que han prevalecido en las últimas décadas ^(188,189).

En el caso específico de la atención al dolor, se reconoce que la capacitación pre y postgraduada de los profesionales relacionados con el tema ha sido limitada y en muchos casos, sesgada por el modelo mecanicista del dolor como sensación ⁽¹⁸⁸⁾, lo cual se explica por el desarrollo relativamente reciente de esta área. Con relación a la formación de especialistas la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propone que sea de año y medio y que debe abarcar los siguientes aspectos: evaluación de pacientes, diagnóstico y tratamientos psicológicos, tratamiento farmacológico y farmacología, bloqueos nerviosos, procedimientos quirúrgicos y neurodestructivos y fisiología, pero son pocos los países del hemisferio occidental que pueden vanagloriarse de contar con programas que respondan a estas exigencias ⁽¹⁹⁰⁾.

Un estudio de la Federación Europea de Delegaciones de la Asociación Internacional para el estudio del Dolor ⁽¹⁸⁸⁾ realizado el año pasado, encontró que sólo en cinco países de ese continente existen planes de estudio en la formación de pregrado y el tiempo dedicado a ella varía entre 1 y 484 hora. Con respecto a la formación postgraduada, en cinco países existen planes de estudio para la formación de especialistas en dolor (Alemania, Gran Bretaña, Irlanda, Países Bajos y Turquía) y en otros seis existen programas de formación inscritos en diferentes especialidades, principalmente Anestesiología y Neurocirugía. La inclusión de los aspectos psicológicos en la evaluación y tratamiento del dolor está considerada en apenas el 50% de los mismos.

En América Latina los problemas son mayores y apenas comienzan a ser tomados en cuenta. La formación postgraduada es prácticamente inexistente y los especialistas generalmente van a formarse a Europa o Estados Unidos* .

En nuestro país no existe un programa para la formación postgraduada en dolor, los médicos con mejor preparación en este campo se encuentran en especialidades como la Anestesiología, la Neurología, la Oncología, la Reumatología y la Rehabilitación. En el caso de la Psicología no se imparten contenidos relativos a esta temática en la formación de pregrado, pero sí hay un módulo dedicado al dolor en el Programa de Especialización Postgraduada en Psicología de la Salud ⁽¹⁹¹⁾, pero por tener esta Especialización un tiempo de vida muy corto se hace difícil valorar el impacto que pueda haber tenido, amén de que aún es reducido el número de graduados.

Otro factor que también explica los resultados encontrados está relacionado con la prevalencia del modelo médico tradicional y el dualismo cartesiano mente-cuerpo. De esta ideología sobre la enfermedad no estamos exentos ni aún los propios psicólogos como se pudo constatar en este estudio. Ella matiza el reconocimiento y las representaciones sociales que existen acerca del trabajo del psicólogo con las enfermedades crónicas y el dolor, lo que determina ambigüedad y confusión con respecto al papel que este profesional juega en el equipo multidisciplinario, como muestra esta investigación.

En otras palabras, la intervención psicológica se considera prescindible y secundaria y no todos los pacientes se benefician de ella. Por otra parte, aunque se considere que los factores psicológicos intervienen en el curso de todas las enfermedades, es necesario definir la naturaleza y la complejidad de las intervenciones psicológicas que se requieren para los distintos pacientes, en las diferentes enfermedades y en los diversos momentos o etapas de su evolución. De hecho, la intervención psicológica no es exclusivamente una tarea de los psicólogos. El resto de los miembros del equipo de salud también ejecutan este tipo de intervenciones, de forma premeditada o involuntaria.

La inserción de los psicólogos en los sistemas de salud es un proceso de reciente desarrollo ⁽¹⁹²⁾. En este sentido, nuestro país puede considerarse privilegiado . Los psicólogos están plenamente insertados en el Sistema Nacional de Salud, mientras que esto apenas comienza a lograrse en otros países incluso de mayor desarrollo económico . Por esta razón, debería

* N. del A: Esta valoración se deriva de los contactos con profesionales de diversos países del continente.

considerarse que el estudio de las experiencias desarrolladas en nuestro medio con relación al trabajo multidisciplinario, no sólo en el área de atención al dolor, sino también en otras problemáticas del nivel secundario y terciario (los problemas de la reproducción y la sexualidad, el cáncer, las enfermedades reumáticas, la diabetes, las cardiopatías, y muchas más), así como en la atención primaria (la promoción de salud, la prevención y modificación de conductas y factores de riesgo, etc.) puede resultar de interés no sólo para el perfeccionamiento de nuestra práctica, sino para el desarrollo de las Ciencias de la Salud contemporáneas y de la propia Psicología.

Con respecto al tema específico de la evaluación de los pacientes con dolor crónico, las consideraciones anteriores conducen a la conclusión de que uno de los aspectos a tener en cuenta cuando se planifica el proceso de diagnóstico psicológico, es delimitar las acciones y responsabilidades que deberán tener los miembros del equipo en este proceso. Otro aspecto que merece tenerse en cuenta es el de cómo favorecer el desarrollo de actitudes, hábitos y habilidades que sean consecuentes con la multidisciplinariedad.

La aceptación de la atención psicológica de los pacientes con dolor crónico* .

Introducción:

El objetivo de este trabajo era conocer las expectativas con respecto a la atención psicológica de los pacientes que se atienden en el Servicio Nacional de Reumatología por problemas de dolor crónico osteomioarticular y son referidos a Consulta de Psicología.

La muestra estuvo constituida por 28 pacientes, atendidos en la Consulta de Psicología del Servicio Nacional de Reumatología en el período comprendido entre junio y julio de 1994. El criterio para elegir los casos fue escoger un mes cualquiera y entrevistar a todos los pacientes que fueran referidos a la Consulta. En la muestra predominaron los pacientes del sexo femenino (84%), con edades entre 30 y 50 años (87.9%), con un nivel de escolaridad medio (50%), casadas (33.6%) , que no trabajan fuera del hogar (50%) y que han sido diagnosticadas como enfermas con fibromialgia (43%). La mayoría de los casos (67.9%) fueron remitidos para que colaboráramos en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia, lo cual es una práctica habitual en esa institución. El resto de los pacientes fue remitido porque el médico detectó síntomas psíquicos como ansiedad, depresión, alteraciones cognitivas sugestivas de enfermedad orgánico cerebral o por presentar trastornos psicofisiológicos como HTA esencial o disfunción sexual. El 44.68% de los casos tenía antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La técnica utilizada fue la entrevista a fondo. Esta fue realizada en la primera consulta con el paciente. En esta primera consulta, tras lograr un rapport que permitiera que el paciente informara cómodamente al psicólogo sobre los aspectos que se iban a interrogar, se realizaba una entrevista abierta, semiestructurada, que indagaba detalladamente sobre sus expectativas con respecto a la atención psicológica, qué pensó cuando fue remitido a nuestra consulta, por qué decidió venir y qué esperaba de la atención psicológica, además de otros datos necesarios para la valoración del caso como características del dolor, evolución, historia de la enfermedad, antecedentes patológicos personales y familiares, exploración de síntomas psíquicos, conflictos, etc. Todos estos datos se consignaban en la Historia Clínica que habitualmente utilizábamos en nuestras consultas.

* N. del A: Colaboró en la recolección de los datos la psicóloga D. Cesar.

En el estudio participamos dos psicólogas quienes entrevistamos a los pacientes de manera independiente y nos encargamos del seguimiento posterior de los casos.

Al final de cada entrevista, cada psicóloga rellenaba un modelo que se encontraba al dorso de la Historia Clínica en el que se debía consignar cómo percibíamos la colaboración del paciente con la entrevista, si era o no sincero, su estado emocional y actitudes ante la valoración psicológica, nuestras propias vivencias y cualquier otro aspecto de interés

El tiempo promedio de duración de las entrevistas fue de 1 hora. A todos los pacientes se les aplicó en la segunda consulta el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Ch. Spilberger, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) como parte del estudio psicológico habitual con estos casos.

Resultados y Discusión:

El análisis de los datos se realizó mediante la técnica de análisis temático en tres momentos:

- un primer momento de familiarización con los datos en que ambas psicólogas realizamos varias lecturas flotantes de las entrevistas
- un segundo momento de codificación de la información obtenida en las entrevistas a los pacientes: para ello se analizaron las informaciones recogidas con el fin de establecer las categorías de análisis. Se encontró que el análisis permitía clasificar a los pacientes en dos grupos: pacientes que rechazan la atención psicológica (GRUPO 1: 12 casos) y pacientes que aceptan la atención psicológica (GRUPO 2: 16 casos).

Los pacientes del grupo 1 al inicio de la entrevista centraban sus quejas en el dolor e intentaban convencer al psicólogo de la severidad de sus síntomas, muchos planteaban abiertamente que no sabían por qué los mandaron al psicólogo y otros respondían esto mismo a ser preguntados por el terapeuta. A la pregunta de por qué habían aceptado ir a la consulta respondieron que por disciplina y/o porque tenían miedo de que al no hacerlo, el médico no seguiría atendiéndoles. Como el psicólogo propiciaba que expresaran abiertamente sus ideas al respecto, no les fue difícil mostrar su irritación por haber sido enviados al psicólogo, la cual en algunos casos era compartida y apoyada por los familiares. Expresaban que ellos no estaban "locos" y que no estaban "fingiendo".

Los pacientes fueron asignados al grupo 2 si al inicio de la entrevista se evidenciaba que

iban bien predispuestos a la consulta de Psicología. Ellos referían espontáneamente que se habían alegrado de ser remitidos al psicólogo pues consideraban que su dolor se empeoraba ante tensiones emocionales. Muchos de ellos refirieron espontáneamente distintos tipos de malestares psíquicos y centraban sus quejas en su malestar emocional, pudiendo o no referirse al dolor.

- Un tercer momento de búsqueda de características que diferenciaron a ambos grupos de pacientes.

Posiblemente por la fuerte influencia de la investigación cuantitativa sobre nuestra forma de abordar el esclarecimiento de un problema, nos pareció interesante saber si podían encontrarse regularidades que caracterizaran diferencialmente a los pacientes. Para este análisis, utilizamos el procedimiento denominado por algunos autores como cuasiestadística ⁽¹⁷²⁾.

Las características que se consideraron fueron:

1. Tener un diagnóstico médico que explicara totalmente las quejas y síntomas del paciente vs. no tenerlo.
2. Referir espontáneamente síntomas o quejas depresivas durante la entrevista vs. negar, minimizar o no referir este tipo de quejas en la entrevista
3. Calificación obtenida en el BDI
4. Calificación obtenida en el IDARE
5. Cantidad de conflictos o dificultades familiares, laborales, interpersonales, etc. referidas durante la entrevista
6. Tipos de conflictos o situaciones problemáticas referidas, divididos en las siguientes categorías: laborales, familiares, matrimoniales o de pareja, económicos, múltiples (cuando el paciente refería más de un tipo) o singulares (cuando sólo refería un tipo)
7. Intensidad del dolor en el momento de la consulta, evaluada a través de una EAV de 0 a 10, aplicada al inicio de la consulta
8. Distribución del dolor: número de sitios en que el paciente refería tener dolor habitualmente
9. Localización del dolor: zona del cuerpo en que se sentía dolor

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas mediante la técnica de Chi cuadrado con respecto a tener un diagnóstico (en el grupo 1 predominaban los pacientes

que aún no tenían un diagnóstico) y con respecto a referir síntomas depresivos (en el grupo 2, predominaron los sujetos que refirieron espontáneamente síntomas de esta índole) a un nivel de $p=.05$

Sin embargo no se encontraron diferencias ni en el nivel de depresión (evaluado con el BDI), ni en las puntuaciones de los pacientes en las subescalas del IDARE, ni en el número de conflictos referidos, ni en el tipo de conflictos (familiares, personales, laborales), ni en la intensidad del dolor, su distribución y localización, evaluadas con el MPQ.

Los resultados de este estudio apuntan hacia que los pacientes con problemas de dolor pueden ser diferentes a los pacientes con problemas de salud mental que se ven tradicionalmente en los servicios de Psicología Clínica y Psiquiatría en dos aspectos fundamentales :

- El motivo por el que consultan, y por tanto:
- Las creencias y expectativas con respecto a la atención psicológica.

Se supone que el paciente que acude a los servicios de un psicólogo clínico es porque presenta algún tipo de trastorno psíquico que le molesta a él o que afecta a las personas de su entorno (familia, comunidad, etc.) . En la mayoría de las ocasiones el paciente cree que "hay algo en su cabeza que no funciona bien" y acude voluntariamente a consulta. En el peor de los casos, es llevado por algún familiar o por alguien que asume que el individuo presenta algún tipo de "anormalidad" psíquica. Una persona con una hernia discal o que padece de artrosis no necesariamente sufre algún tipo de malestar emocional ni presenta comportamientos considerados "anormales" por él o por sus otros significativos. De hecho, en nuestra sociedad se le adjudican al "rol de enfermo" , comportamientos que pueden ser perjudiciales para la evolución del padecimiento (como la pasividad, el consumo indiscriminado de fármacos, la evitación de la actividad, etc.) pero que son considerados "normales" por la población ⁽²⁴⁾.

De esta manera, la indicación de que debe ser valorado por el psicólogo puede asumir para el enfermo y sus familiares connotaciones ambiguas y amenazadoras . La visita al psicólogo adquiere un carácter amenazante debido a las representaciones sociales predominantes acerca de la "enfermedad física vs. la enfermedad mental" que restan legitimidad e importancia a los síntomas y quejas del enfermo si existe la sospecha de que ellos están psíquicamente determinados.

Por tanto, existe un proceso de "toma de decisión" acerca de si se va a aceptar o no la valoración psicológica, que determina en gran medida la actitud que el paciente tendrá ante esta valoración, la información que estará dispuesto a suministrar, la imagen que pretenderá ofrecerle al terapeuta y la disposición a aceptar los tratamientos psicológicos. Este proceso ha sido insuficientemente investigado ⁽¹⁹³⁻⁴⁾ cuando de hecho es una variable que posee una fuerte influencia acerca de nuestros conocimientos actuales sobre el papel de una serie de factores psicológicos en el decursar de las enfermedades crónicas.

Diversas investigaciones han mostrado que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a una serie de indicadores de malestar emocional (puntuaciones en inventarios de ansiedad, depresión, etc.) entre los sujetos que solicitan tratamiento médico para algunos problemas de salud (como la obesidad o el dolor) y los sujetos que presentan estos mismos problemas y no acuden al médico. ⁽¹⁶³⁾ Un estudio reciente ⁽¹⁹⁵⁾ encontró que los pacientes con dolor crónico que rechazan la atención psicológica no se diferencian de los que la aceptan en la cantidad de síntomas psíquicos detectados y sí en el grado de discapacidad y gravedad de los síntomas físicos. En el presente estudio, ninguna de estas variables por sí sola discrimina a ambos grupos de pacientes, sino cómo ellas se imbrican con las expectativas y demandas que hace tiene el paciente acerca de los servicios de salud. Decía Vigotsky *"Decide el destino de la personalidad, en última instancia, no la enfermedad en sí misma, sino las repercusiones que tiene para el desarrollo de la personalidad"* (citado por Grau y Martín, 163, p.5).

Con respecto al problema de la evaluación psicológica, la organización del proceso y los instrumentos que se utilicen deberán tener en cuenta las especificidades de este tipo de paciente y sus expectativas y creencias con respecto a la enfermedad y los modos de aliviarla.

Estrategias para la organización práctica de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico.

Las consideraciones anteriormente planteadas permiten esbozar algunas estrategias sobre cómo deberá organizarse el proceso de evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico en nuestros servicios de salud.

Una alternativa que resulta prometedora es la que parte del principio de considerar la evaluación de los factores psicológicos como un paso necesario para el diagnóstico de todos los pacientes con dolor crónico. La integración de la evaluación psicológica a las primeras etapas del diagnóstico se corresponde con la visión multicausal del dolor, no sólo desde un plano conceptual, sino que representa la materialización de esta concepción teórica. Esto implica ser prácticamente consecuente con el supuesto de que en todo dolor crónico hay siempre factores psicológicos que intervienen en su etiopatogenia, manifestación curso y desenlace, aunque el "peso específico" que tienen estos factores es variable de un individuo a otro, e incluso, en un mismo sujeto en diversos períodos de tiempo.

Se parte también de la consideración de que no siempre los factores psicológicos actúan de manera negativa; por el contrario, en muchos casos ellos determinan un buen ajuste y pronóstico de la enfermedad. Esto significa que, aunque en todo paciente con dolor crónico se deben investigar los factores psicológicos, no necesariamente todos los sujetos requerirán de terapias psicológicas. Por supuesto, el tratamiento no será tampoco uniforme para todos los casos que lo requieran.

La evaluación psicológica debe ser vista por el enfermo como un paso natural del diagnóstico, al igual que los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio. Es necesario que el médico de asistencia participe activamente en esta evaluación, incluyendo en el interrogatorio inicial los aspectos psicológicos. El psicólogo debe ser un miembro más del equipo multidisciplinario y los resultados de la evaluación psicológica deberán incorporarse al diagnóstico definitivo del paciente.

La evaluación puede concebirse y estructurarse en cuatro momentos o etapas fundamentales:

a) Identificación de los factores psicosociales que actúan de manera nociva en el curso y

pronóstico del dolor, así como de las áreas conservadas y las posibilidades de compensación.

b) Caracterización de estos factores en su dinámica e interacciones.

c) Integración de los resultados de la evaluación psicológica al diagnóstico general del dolor.

d) Valoración de la eficacia de los tratamientos y establecimiento de pronósticos.

La identificación de los factores psicosociales que contribuyen de manera perniciosa al desarrollo de los problemas de dolor en un paciente concreto es una tarea que puede y debe ejecutarse por el médico de asistencia, fundamentalmente a través del interrogatorio y la observación. Sin embargo, la caracterización de estos factores y de sus interacciones le compete al psicólogo, quien puede auxiliarse de herramientas específicas de su profesión para estos fines.

Un problema en el que se debe trabajar es en la búsqueda de métodos y procedimientos que permitan agilizar el proceso de evaluación psicológica, dada la gran cantidad de pacientes que se atienden en nuestros servicios de salud y la urgencia relativa que reclama la atención al dolor.

Los problemas examinados y los datos que aportan la literatura revisada permiten afirmar que del vasto arsenal de herramientas psicológicas, las más comúnmente usadas en la práctica clínica son la entrevista, la observación (y en particular los procedimientos de autoobservación como los autoregistros y diarios de dolor) y los cuestionarios y escalas autodescriptivas.

Se han elaborado múltiples protocolos de entrevista para la investigación de los pacientes con dolor ^(4,26) pero a la larga, nos parece que lo más recomendable es que cada Servicio elabore su propio modelaje, dado que la formación profesional y los intereses institucionales pueden ser variados.

Los cuestionarios y escalas autodescriptivas son muy útiles pues permiten agilizar el proceso de evaluación, sin embargo, su selección debe basarse en el análisis de su validez u confiabilidad y sobre todo, su potencial utilidad, teniendo en cuenta nuestras particularidades culturales y las demandas del trabajo en los servicios de la salud pública.

Debe velarse porque el contenido de estos procedimientos sea cercano a la problemática por la que consulta el paciente, en este caso, el dolor. Es recomendable que se comience

utilizando escalas o cuestionarios cortos, fáciles de responder y de corregir e interpretar, cuyas preguntas estén evidentemente relacionadas con las quejas del paciente. Las pruebas "tradicionales" en la Psicología Clínica (como los inventarios de síntomas psicopatológicos, los cuestionarios de personalidad, etc.) sólo deben aplicarse (si resulta estrictamente necesario) en un segundo momento del proceso diagnóstico, cuando se halla arribado a la convicción, tanto por parte del paciente como del equipo, de que existe una relación entre estas variables psicológicas y las quejas actuales del enfermo.

Existe un amplio arsenal de herramientas desarrolladas en otros países que satisfacen estas exigencias, su introducción en nuestra práctica asistencial es válida siempre y cuando se tenga en cuenta la necesidad de un examen minucioso de sus posibilidades de adaptación a las características de nuestra población y se haya verificado su validez teórica.

Justamente los capítulos que se presentan a continuación, pretenden satisfacer parcialmente al menos, las demandas de instrumentos útiles y válidos que permitan agilizar el proceso de evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico, brindando información relevante y confiable.

CAPÍTULO 5. ESTUDIOS SOBRE ADAPTACIÓN Y UTILIDAD DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES CUBANOS CON DOLOR CRÓNICO.

Consideraciones Generales

Los cuestionarios desarrollados en otros países que fueron seleccionados para este trabajo por supuesto no son los únicos instrumentos que pueden y deben ser validados en nuestro medio. Su selección se basó en las disponibilidades actuales, en las bondades que le conferían a los mismos la experiencia acumulada en su utilización en otros países y su amplio uso internacional.

Exploración de la utilidad del cuestionario de dolor de Mc Gill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico* .

Introducción:

El más conocido de los procedimientos que intenta una estimación cuantitativa del dolor es el Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire o MPQ) elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill, Montreal en 1971 ⁽¹⁹⁶⁾.

Se basa en el hecho, bien conocido en la clínica, de que los pacientes describen sus dolores de una forma muy característica, de ahí que muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor patognomónico ⁽¹⁹⁷⁾.

Sus autores ⁽¹⁹⁶⁾ refieren que el MPQ se inspira en los trabajos de Titchener y sobre todo de Dallenbach , quien elaboró una lista de 44 adjetivos que describían cualidades del dolor y los clasificó en cinco grupos según el aspecto denotado: el curso temporal, la distribución espacial, las cualidades de presión, el colorido afectivo y los atributos puramente cualitativos.

A partir de la lista de Dallenbach y completándola con términos extraídos de la literatura médica sobre el dolor, Melzack y Torgerson ⁽¹⁹⁶⁾ elaboraron una lista de 102 adjetivos que

* N. del A: Colaboraron en la recolección y análisis de los datos los psicólogos B.Zaz, M.T. Hernández, E. Tabío, J. Grau e I. Montorio, este último de la Universidad Autónoma de Madrid.

dispuestos en orden alfabético presentaron a pacientes, estudiantes, médicos y personal sanitario para que los clasificaran en función de su afinidad y sinonimia y de los niveles de intensidad. La lista definitiva consta de 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, cada uno de los cuales contiene de dos a seis términos dispuestos en orden de intensidad creciente. Estos se agrupan a su vez en tres categorías: SENSORIAL, AFECTIVO MOTIVACIONAL Y EVALUATIVA. Posteriormente los autores añadieron otra categoría MISCELÁNEA que recoge características poco usuales pero típicas de ciertos cuadros, como el dolor dental. Además de estos datos, el MPQ incluye siluetas para indicar la localización del dolor.

Ha sido adaptado a varios idiomas como el italiano ⁽¹⁹⁸⁾ y al alemán ⁽¹⁹⁹⁾. En castellano existen varias adaptaciones, entre ellas, una realizada por Lahuerta y cols. ⁽²⁰⁰⁾, la versión utilizada por Penzo ⁽⁴⁾ en España y una realizada en Colombia y adaptada tras su estudio psicométrico por Osorio ⁽²⁰¹⁾.

Al MPQ se le han hecho varias críticas: una es que la forma de calificación originalmente propuesta por los autores se basa en índices globales que no tienen en cuenta las diferentes dimensiones del dolor que permite evaluar la prueba. Otra crítica se relaciona con la relativa asimetría en la representación de las categorías, pues los descriptores para la dimensión sensorial prácticamente duplican a los usados para la dimensión emocional y motivacional.⁽⁴⁾

Con respecto a las versiones castellanas se les señala ⁽⁴⁾ que más importante que la validación psicométrica de una traducción sería la de replicar el trabajo previo que desarrollaron Melzack y Torgerson para la versión original en lengua inglesa, como se ha hecho en otros países, por ejemplo, en Finlandia ⁽²⁰²⁾ y en Holanda ⁽²⁰³⁾.

El Dr. Ricardo Ruiz y la Lic. Marta Pagerolls (Clínica del Dolor de Barcelona, observación inédita, 1992), autores de la versión que se utiliza en este estudio, justamente trataron de evadir estos señalamientos. Para desarrollar esta versión siguieron los siguientes pasos ⁽²⁰⁴⁾:

- 1) Elaboración de vocabulario: recogieron 261 descriptores de distintas fuentes (literatura médica, diccionarios de lengua castellana y datos obtenidos de las entrevistas a 96 pacientes con diferentes tipos de dolor).
- 2) Selección de los descriptores: utilizaron como jueces a médicos, estudiantes de Filología y Psicología; eliminando los descriptores rechazados por al menos el 55% de los jueces.
- 3) Los descriptores que quedaron fueron desglosados en clases y subclases en colaboración

con el Dpto. de Filología de la Univ. Autónoma de Barcelona y sometidos a un nuevo criterio de jueces, en esta ocasión incluyeron como jueces a un grupo de pacientes.

4) De este último análisis quedaron los 52 descriptores que componen la prueba.

33 descriptores valoran la dimensión sensorial del dolor (Escala Sensorial) divididos en las siguientes categorías: temporal (3), térmica (3), presión constrictiva (7), presión incisiva (4), tracción (4), distribución espacial (6) y "viveza" (6).

La Escala Afectiva consta de 19 descriptores: miedo (3), síntomas vegetativos (2), castigo (3), tensión (3), evaluativo (3) y evaluativo-afectivo (5).

La estabilidad percibida del dolor se evalúa a través de otra subescala que contiene 5 descriptores. Esta versión tiene además varias medidas de intensidad de dolor como una Escala Análogo Visual y una Escala de Rangos de 5 puntos, así como las siluetas para que el enfermo sombree los sitios donde tiene dolor (ANEXO 1).

Además de superar a las otras versiones castellanas del MPQ en los aspectos señalados, la presente posee la ventaja adicional de ser más corta, lo que permite el ahorro de recursos y tiempo, así como que resulta más fácil y atractiva al paciente.

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Determinar si existen diferencias significativas en la selección de los adjetivos en función del sexo, la edad o el nivel escolar.
2. Determinar si existen diferencias significativas en la selección de los adjetivos de acuerdo al tipo de dolor
3. Evaluar la consistencia interna de la escala
4. Establecer la asociación entre la intensidad del dolor y el nivel de ansiedad y depresión.

La muestra estuvo formada por 127 pacientes . De ellos 73 tenían diversas enfermedades reumáticas (Osteoartrósis, artritis reumatoide, fibromialgia), 23 dolor por cáncer, 20 dolor neurológico (neuritis, neuralgias) y 11 cefalea.

Los sujetos fueron evaluados en consultas ambulatorias de los Hospitales C.Q."10 de Octubre", "Hermanos Ameijeiras" y del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en la Ciudad de La Habana.

La edad media era de 42.4 (SD=14.4), 73% eran del sexo femenino y el estado civil predominante era el de casados (63.7% de los casos). El 31.4% de los sujetos desempeñaba labores técnico-administrativas, el 19,4% eran obreros y el resto se encontraba

desocupado. La mayor parte de los pacientes tenían escolaridad media (54.3%) y primaria (27.5%). Se excluyeron del estudio a los sujetos con una escolaridad inferior al 6to. grado, los que presentaban otras enfermedades asociadas y los que rehusaron a cooperar en la investigación. El diagnóstico de la enfermedad fue realizado por médicos especialistas en Reumatología, Neurología y Oncología, de acuerdo a criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio. El tiempo promedio de padecimiento del dolor era de 89.7 meses (rango entre 6 y 572 meses) y la mayoría de los sujetos presentaban dolores generalizados a diversas localizaciones (87.8%).

A los pacientes se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch Spielberger (IDARE) y el Inventario de Depresión de A.T. Beck (BDI), además de la versión del MPQ de Ruiz y Pagerolls, objeto de este estudio.

Resultados y Discusión:

Puede considerarse que una buena medida de la validez del MPQ sería que la selección de los descriptores no estuviera influida por variables culturales (como el sexo, la edad o la escolaridad) y sí por el tipo de dolor. Así, se determinó la influencia del sexo, la edad y el nivel escolar en la selección de los descriptores a través del estadígrafo Chi-cuadrado. Sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad con el descriptor PULSACIONES de la Escala Sensorial, que fue utilizado con menor frecuencia por los sujetos entre 15 y 30 años de edad ($X=8.78$, $p=.05$). La escolaridad no estableció diferencias significativas en ninguno de los descriptores y el sexo sólo lo hizo con respecto al descriptor FIJO ($X=5.8$, $P=.02$).

Este resultado apunta hacia la valoración que la selección de los descriptores no está influenciada por este tipo de variables, lo cual habla a favor de la posibilidad de utilizar la Escala en nuestro medio. En el caso de los descriptores FIJO y PULSACIONES las diferencias encontradas pueden atribuirse a mayor proporción de pacientes con dolor neurológico en el grupo de edad entre 15-30 años y de mujeres en el grupo de dolor reumático.

14 adjetivos se diferenciaron significativamente de acuerdo al tipo de dolor, según los resultados obtenidos mediante la prueba Chi-cuadrado, tal y como puede observarse en la tabla número 3, lo que corrobora su valor para el estudio de los pacientes cubanos.

Tabla 3. Distribucion de frecuencias observadas y esperadas y valores de Chi-Cuadrado segun el tipo de dolor.

	TIPO DE DOLOR	CEFALEA	NEUROLÓGICO	CÁNCER	OMA
	Chi-cuadrado	FO FE	FO FE	FO FE	FO FE
LATIGAZO	11.4	7 4.9	13 5.8	13 8.8	7 12
OPRESIVO	50.7	0 2.5	11 8.5	4 4.6	16 15
PUNZANTE	26.7	5 2.3	6 8.9	4 4.1	16 16
PENETRANTE	19.4	4 5.1	7 7.9	12 9.3	8 11
PESADO	19.1	2 3.1	9 7.9	5 5.7	15 14
INTERNO	23.2	7 6.4	4 4.6	16 12	4 8.3
PROFUNDO	10.8	10 5.4	1 5.6	12 9.8	8 10
FIJO	11.2	4 3.1	7 7.9	7 5.7	13 14
ESCOZOR	13.9	0 11	-	0 20	-
QUE MAREA	10.9	6 2.3	5 2.7	4 4	16 5.7
SOFOCANTE	15.6	4 1.4	7 5.9	4 2.4	15 18
QUE ATORMENTA	21.5	0 3.9	5 7.1	5 7.1	15 13
AGOBIANTE	15.6	1 2.4	10 4.4	11 5.1	9 16
ANGUSTIANTE	21.0	3 2.7	8 4.9	3 5.6	17 17

Como se esperaba, una serie de descriptores, tanto de la Escala Sensorial como de la Escala Afectiva del MPQ mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los tipos de dolor. El dolor por cáncer se destacó por ser en el que más descriptores se usaban, asimismo, algunos descriptores fueron reportados más frecuentemente en aquellos tipos de dolor que clínicamente se caracterizan por ellos, por ejemplo LATIGAZO fue usado más frecuentemente por el grupo de enfermos con dolor neurológico pues justamente muchos síndromes de dolor neurológico se describen y diagnostican por este tipo de vivencia. Estos resultados apuntan hacia el valor del MPQ como instrumento auxiliar para el diagnóstico del dolor. Debe recordarse que el MPQ tiene como fin ayudar al equipo a comprender mejor las vivencias y complejidad de la experiencia dolorosa del paciente en un momento determinado. Como tal, puede ser un apoyo valioso para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación, aunque no puede sustituir a los procedimientos de diagnóstico médico.

La tabla número 4 muestra los resultados del análisis de correlación entre las diferentes subescalas del MPQ. Las correlaciones obtenidas entre las diferentes subescalas son significativas, lo cual se esperaba dado que cada subescala evalúa dimensiones particulares que integran de manera total la experiencia dolorosa. Esto habla a favor de la consistencia interna del instrumento. Estos resultados son similares a los referidos por autores de otros países ⁽¹⁹⁹⁻²⁰¹⁾

Tabla 4: Correlación entre las diferentes subescalas del MPQ

	VID (S)	VID(A)	VID(E)	VID(T)	VIA	EAV
VID(S)	1.0000					
VID(A)	1.0000	.89891				
VID(E)	.70606	.68988	1.0000			
VID(T)	.68982	.65245	.48421	1.0000		
VIA	.7545	.6564	.58884	.54529	1.0000	
EAV	.79832	.78383	.62959	.59485	.68595	1.0000

Valor crítico (2-colas, .05)= .18080

Para conocer la asociación entre las diferentes subescalas del MPQ y las puntuaciones obtenidas por los pacientes en el IDARE y el BDI también se realizó un análisis de correlación. Puede notarse como se obtuvieron correlaciones significativas entre todas las subescalas del MPQ y las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el BDI y el IDARE que se presentan en la tabla 5. La asociación entre la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad y depresión está fuertemente documentada en la literatura como ya fue analizado en las páginas dedicada a la revisión bibliográfica. Los resultados de este estudio afirman la utilidad del MPQ para la evaluación del dolor al poner de manifiesto esta asociación.

Tabla 5. Correlaciones entre las subescalas del MPQ y el IDARE-E (ansiedad actual), IDARE-R (ansiedad personal) y el BDI (nivel de depresión)

	IDARE-E	IDARE-R	BDI
VID(S)	.89566	.89613	.79308
VID(A)	.81150	.84273	.77313
VID(E)	.74973	.77527	.65306
VID(T)	.65523	.68093	.55333
VIA	.72851	.6971	.66853
EAV	.79811	.82515	.75419

Valor crítico (2 colas para $p = .05$) 0.18080

Resultará necesario evaluar si la escala es sensible a las modificaciones de la intensidad y configuración de la experiencia dolorosa que se producen en el curso de la enfermedad o como resultado de los tratamientos. También debería valorarse en otros tipos de dolor (como el dolor agudo y el postoperatorio) y en otros contextos clínicos como son las unidades cerradas, así como con pacientes que presentan problemas especiales para la

evaluación como son las personas de edad muy avanzada, con déficits auditivos o visuales, etc. Hasta tanto este trabajo no se realice, el MPQ podrá ser utilizado con las debidas precauciones y deberán preferirse otros métodos como las escalas análogo visuales, para valorar los efectos de las intervenciones terapéuticas. La Escala Análoga Visual incluida en esta versión del MPQ puede servir para este fin. Asimismo deberá usarse con precaución en pacientes provenientes de contextos rurales. Aunque en los centros de donde fueron obtenidas las muestras se atienden pacientes de todo el país, esta variable no se tuvo en cuenta en la recogida de la información por lo que no es posible saber si tiene influencia en la selección de los descriptores.

Utilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para la evaluación de la depresión en paciente cubanos con dolor crónico* .

Introducción:

Al parecer, algunas características de los pacientes con dolor crónico determinan que métodos tradicionalmente eficaces para el diagnóstico psicológico en otros tipos de enfermos, resulten inadecuados en esta población ⁽¹⁴⁹⁾. Algunas de estas características están relacionadas con los atributos particulares de la experiencia de dolor, con el hecho de que el dolor sea una experiencia subjetiva compleja, vinculada a factores cognitivos y afectivos. Así, por ejemplo, un componente importante de la experiencia de dolor son los afectos y las emociones negativas como el enojo, la tristeza y la inquietud, lo que implica que existan complejas relaciones entre el dolor, la depresión y la ansiedad, que puedan reflejarse en puntuaciones altas en algunas pruebas psicológicas dirigidas a la evaluación de estos estados, sin que forzosamente ello sea índice de que el paciente está clínicamente deprimido o ansioso.

Las medidas de autoreporte de la depresión y la ansiedad (inventarios y escalas autodescriptivas) son usadas con frecuencia para la evaluación de pacientes con dolor y enfermedades crónicas en razón a su fácil administración. Entre los procedimientos tradicionales que más se usan en la evaluación de los pacientes con dolor crónico conocidos en nuestro medio se destacan el MMPI (que ya fue comentado anteriormente) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez ⁽²⁰⁵⁾. El BDI es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. Lamentablemente su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud ⁽²⁰⁶⁾.

A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su

* N. del A: Colaboraron en la recolección y análisis de los datos los psicólogos E. Tabío y J. Grau y el matemático R.Grau.

interpretación en pacientes con dolor crónico ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas ⁽²⁰⁷⁻⁸⁾. Hay escaso acuerdo con respecto a cual debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 ⁽²⁰⁹⁾; superior a 13 ⁽²¹⁰⁾ o mayor que 17. ⁽²¹¹⁾

Con el propósito de conocer la utilidad del BDI para la evaluación de la depresión en pacientes con dolor crónico se realizó un estudio con una muestra de pacientes con dolor crónico de origen osteomioarticular y reumático. Los objetivos particulares fueron:

1. Conocer si existen diferencias significativas con respecto a las calificaciones obtenidas en el BDI entre pacientes reumáticos con dolor sin psicopatología evidente, pacientes reumáticos con dolor catalogado como “psicosomático” y pacientes reumáticos con problemas de dolor asociados a depresión.
2. Identificar las dimensiones de la depresión que según el BDI permiten identificar a los pacientes deprimidos con dolor crónico.

El estudio fue realizado con una muestra de 230 pacientes atendidos en el Servicio Nacional de Reumatología del H.C.Q.D. "10 de Octubre", en la Ciudad de la Habana.

70 pacientes tenían el diagnóstico de artritis reumatoidea (AR), entidad de etiología desconocida en la que se invocan factores inmunológicos y que se caracteriza por dolor, inflamación articular y rigidez. La enfermedad evoluciona por crisis, pudiendo estas crisis provocar severas limitaciones de la capacidad funcional ⁽²¹¹⁾. Para nuestro estudio se escogieron pacientes compensados, que se encontraban en tratamiento ambulatorio en etapa intercrisis y que fueron valorados por su médico de asistencia como "supuestamente sanos" desde el punto de vista psíquico por no detectar síntomas de ansiedad, depresión ni trastornos psíquicos. A este subgrupo lo denominamos GRUPO 1 : SIN PSICOPATOLOGIA EVIDENTE.

83 pacientes tenían un diagnóstico de fibromialgia. La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado que se da frecuentemente en mujeres entre 30 y 60 años, de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de dolor difuso músculo esquelético y rigidez de más de tres meses de evolución. El diagnóstico se realiza por la identificación en el examen físico de la existencia de puntos sensibles ("tender points") a la presión,

desconocidos para el paciente, que provocan en el sujeto una respuesta exagerada de dolor, observable por manifestaciones verbales y extraverbales. Es frecuente que estas personas presenten síntomas psicósomáticos como trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, cefalea, colon irritable. Se ha planteado las alteraciones del sueño no REM como un punto importante en el papel de las alteraciones neurofisiológicas en la explicación del dolor en estos pacientes ⁽²¹²⁾. Puede considerarse como un trastorno de dolor crónico de tipo “psicósomático”. A este subgrupo lo llamaremos GRUPO 2: PACIENTES CON DOLOR PSICOSOMATICO* .

El tercer subgrupo estuvo integrado por 65 pacientes con problemas de dolor crónico como osteoartrosis, fibromialgia, bursitis, etc. de diversa justificación lesional, considerados por sus médicos de asistencia como personas necesitadas de atención psicológica especializada por presentar problemas de depresión y ansiedad asociados a su enfermedad reumática. Es llamado GRUPO 3: PACIENTES DEPRIMIDOS

Se excluyeron del estudio a los pacientes con escolaridad inferior a noveno grado para garantizar la comprensión de las pruebas, así como a los enfermos que presentaran psicosis, retraso mental, demencias u otros trastornos psíquicos severos y a los pacientes con déficits sensorio-perceptuales que afectarían la lectura o escritura.

Los casos se atendían en la consulta externa del Servicio Nacional de Reumatología. Fueron captados por los reumatólogos de acuerdo a los criterios de inclusión y valorados inicialmente en una Consulta de Psicología en la que se realizaba una entrevista para excluir a los pacientes de acuerdo a los criterios ya descritos. A los sujetos que reunían los requisitos de inclusión y exclusión se les explicaba los objetivos generales del estudio y se les solicitaba su aprobación para participar en el mismo. Todos los sujetos aceptaron colaborar. Los pacientes que se detectó que necesitaban atención psicológica la recibieron. A todos los sujetos se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (IDARE) y BDI. La aplicación y calificación fue realizada por una psicometrista experimentada.

* N. del A: A pesar de que el DSM-IV propone la categoría diagnóstica trastorno somatoforme en sustitución del término psicósomático por las connotaciones conflictivas del mismo, para este estudio preferimos utilizar el concepto “psicósomático” por estar más difundido en nuestro medio.

Resultados y Discusión:

La tabla 6 muestra la distribución de los grupos de acuerdo al sexo, edad, ocupación y escolaridad.

Tabla 6: Distribución de los casos de acuerdo a Sexo, Edad, Escolaridad, Ocupación y Estado Civil.

GRUPO DE ESTUDIO VARIABLE		Sin psicopatología	Psicosomáticos	Deprimidos
SEXO	F M	61 9	85 0	74 1
EDAD	X (SD)	47.52 (11.96)	42.01 (7.60)	44.75 (6.45)
ESCOLARIDAD	PRIM MEDIA SUP	33 33 4	14 57 14	10 44 21
OCUPACION	DES OBRE SERV TEC/ PROF	35 13 11 11	14 6 18 61	8 7 16 64
EST.CIVIL	SOLT CASAD	10 60	21 64	18 57

Como puede observarse, hay diferencias entre los grupos con respecto a estas variables. Ellas pueden explicarse por la distribución que estas tienen en las diferentes entidades estudiadas. Por ejemplo, la AR es una de las patologías que causan mayor cantidad de bajas médicas por incapacidad laboral en la Ciudad de la Habana ⁽²¹³⁾ de ahí la gran cantidad de sujetos desocupados en este subgrupo. Para facilitar el análisis estadístico, se agruparon en una misma categoría (desocupados) a los pacientes que se encontraban sin trabajar en el momento del estudio, la distribución de los casos en esta categoría puede observarse en el ANEXO 2.

La tabla 7 muestra los resultados obtenidos por los diferentes grupos en las pruebas aplicadas. Como puede observarse, se detectan diferencias significativas entre los grupos en las tres escalas. Los niveles de ansiedad y depresión se distribuyeron de la forma esperada, es decir, los pacientes del grupo 3 (con psicopatología evidente) mayores niveles que los del grupo 2 (que presentan un trastorno psicósomático) y estos a su vez mayores que los del grupo 1 (que presentan una enfermedad reumática sin psicopatología evidente). Sin embargo, nótese que la media de ansiedad y depresión obtenida por este último grupo es superior en todas las escalas al punto de corte descrito para las mismas en sujetos sanos (45 para el IDARE-E y el IDARE-R y 10.5 para el BDI).

Tabla 7. Comparación de valores de X y SD de las puntuaciones en el BDI y el IDARE entre los tres grupos

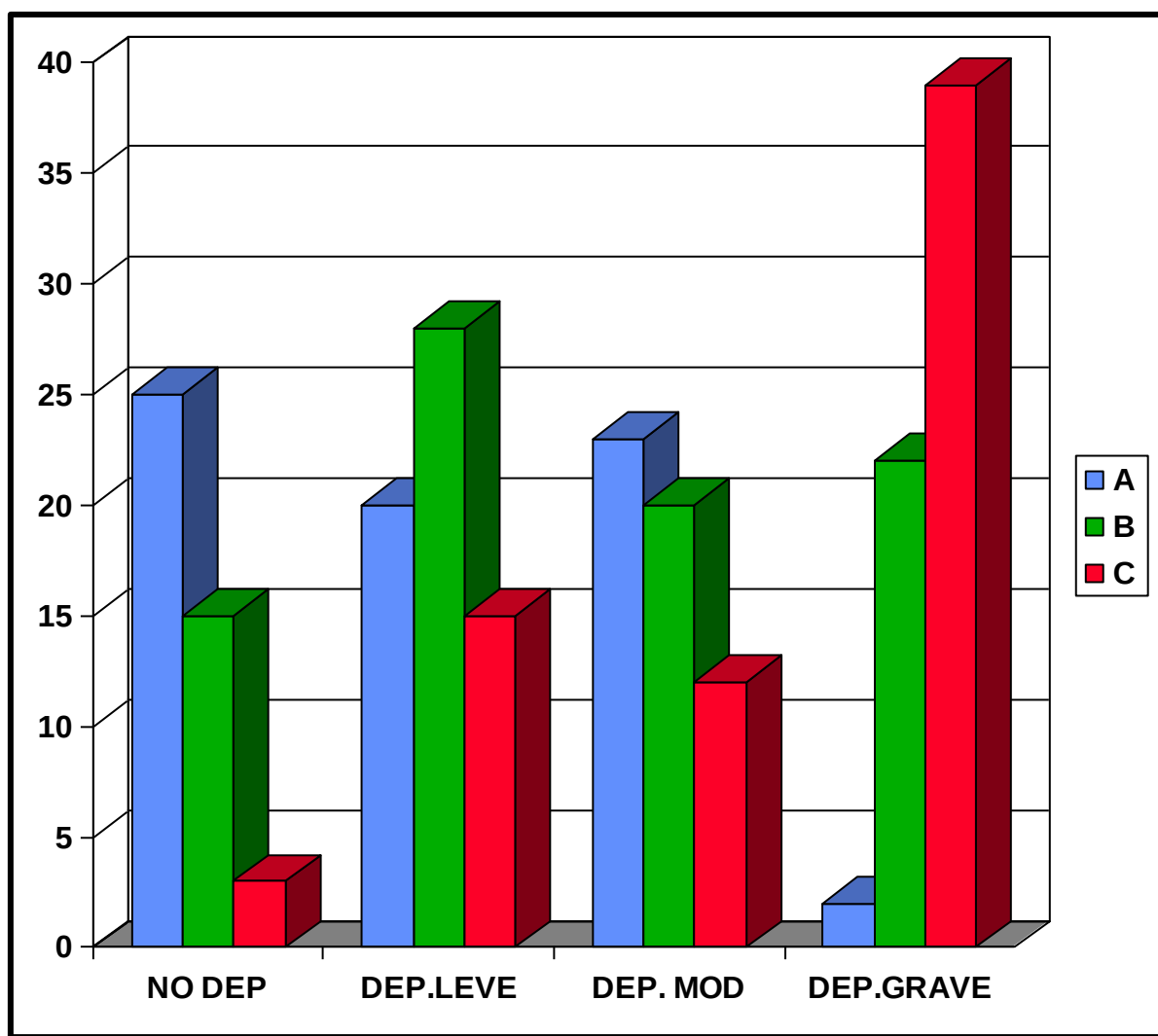
GRUPO	IDARE-E		IDARE-R		BDI	
	X	SD	X	SD	X	SD
1. Sin psicopatología	48.72	12.71	42.71	13.44	13.78	10.23
2. Psicósomáticos	55.22	11.19	54.60	10.90	19.78	9.03
3. Deprimidos	55.86	10.64	56.60	11.72	22.86	8.06

Nota: IDARE-E: Ansiedad Estado IDARE-R: Ansiedad Rasgo

El punto de corte propuesto para el diagnóstico de depresión en el BDI, al parecer no resulta válido en pacientes con dolor crónico osteomioarticular pues una serie de ítems de este instrumento recogen información sobre aspectos conductuales y síntomas que son frecuentes en estos enfermos por las características propias de estas patologías y por las limitaciones que ellas imponen a la actividad de los pacientes. Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve. De hecho, Radloff ⁽²¹⁴⁾ encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI. Lugo y cols. ⁽²⁰⁶⁾ en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07.

El gráfico 1 muestra la distribución de los casos de los grupos de acuerdo a la calificación del BDI. A simple vista se observa que en el grupo 3 predominan los sujetos con el diagnóstico de depresión grave mientras que en el grupo 1 predominan los casos de no depresión y depresión leve. Este análisis sólo se realiza con el objetivo de confirmar los supuestos subyacentes en la selección de la muestra pues no es objetivo de este trabajo examinar las diferencias por patologías.

Gráfico 1: Distribución de los casos de los grupos A, B y C de acuerdo al nivel de depresión según el BDI



Para examinar si las diferencias observadas con respecto al BDI entre los grupos se repetían con respecto a las dimensiones particulares de la depresión que evalúa esta prueba se realizó la prueba de Kruskal -Wallis. La tabla 8 muestra los resultados de este análisis. Puede observarse como los ítems que evalúan la dimensión cognitivo-afectiva de la depresión establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < .01$). Estas diferencias disminuyen su nivel de significación con respecto a aspectos conductuales y cognitivos como el aislamiento social, la imagen del propio cuerpo, la incapacidad de decisión ; y con respecto a algunos síntomas como la pérdida de libido o la hipocondría, que son frecuentes en los enfermos reumáticos como manifestaciones propias de su patología. Por último, observemos que en los ítems relativos a síntomas físicos comunes a la depresión y el dolor crónico como son la pérdida de apetito y peso y la incapacidad para el trabajo, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

Cuando se comparan a los sujetos del grupo 1 SIN PSICOPATOLOGIA EVIDENTE con el grupo 3 PACIENTES DEPRIMIDOS con el Test U-Mann Whitney no aparecen diferencias significativas en las dimensiones : Pesimismo (B), incapacidad de decisión (M), incapacidad para el trabajo (O), fatigabilidad (Q), pérdida de apetito (R) y de peso (S), hipocondría (T) y pérdida de libido (U) (tabla 9).

Parece ser que con respecto a los pacientes con dolor crónico osteomioarticular, resulta más interesante el examen de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones particulares, fundamentalmente las relativas a aspectos afectivos y cognitivos de la depresión. Las altas puntuaciones en estas dimensiones pueden ser indicadoras de trastornos depresivos de valor clínico. Las diferencias encontradas en nuestro estudio con respecto a las puntuaciones en las distintas dimensiones del BDI entre los pacientes deprimidos y no deprimidos corroboran este planteamiento.

Se realizó un análisis factorial con todos los ítems del BDI, las puntuaciones de los sujetos en el IDARE y los datos sociodemográficos (edad, ocupación, escolaridad y sexo) que permitió identificar 7 factores capaces de explicar el 55.4% de la varianza. Con los factores obtenidos se realizó un análisis discriminante con el fin de identificar cuáles factores permitían distinguir a los pacientes deprimidos de los no deprimidos, el cual clasificó correctamente el 85.4% de los casos.

El factor 1 incluía los ítems del BDI que evalúan las dimensiones afectiva y cognitiva de la

Tabla 8: Análisis de los ítems del BDI entre los grupos con el test de Kruskal-Wallis.

DIMENSION	Chi-cuadrado	p
A- ESTADO DE ANIMO	14.54	0007(**)
B- PESIMISMO	14.20	0008(**)
C- FRACASO	11.79	.0027(**)
D- DESCONTENTO.	19.99	0000(**)
E- SENT. DE CULPA.	23.87	0000(**)
F- NEC. DE CASTIGO	24.47	.0000(**)
G- ODIO A SI MISMO.	16.30	0003(**)
H- AUTOACUSACIONES.	19.54	0001(**)
I- IMPULSOS SUICIDAS.	10.63	0049(**)
J- LLANTO.	13.38	0012(**)
K- IRRITABILIDAD	28.47	.0000(**)
L- AISLAMIENTO SOCIAL.	9.15	0103(*)
M- INCAP. DECISION.	8.64	0259(*)
N- IMAGEN DEL CUERPO	7.30	.0133(*)
O- INCAPAC. TRABAJO.	4.17	.1243
P- TRAST. SUEÑO	11.45	.0032(**)
Q- FATIGABILIDAD.	7.82	0200(*)
R- PERD. APETITO.	2.82	2345
S- PERD. DE PESO	2.44	.2943

T- HIPOCONDRIA.	13.23	0013(**)
U- PERD. LIBIDO	6.66	.0358(*)

NOTA: (*) sig. para p = .05

(**) sig. para p = .01

Tabla 9. Comparación de los ítems del BDI entre los grupos A (sin psicopatología) y C (deprimidos) con el test U-Mann Whitney

DIMENSION	Valor de Z	p
A- ESTADO DE ANIMO	-2.5807	.0085 (*)
B- PESIMISMO	-1.2259	.0506
C- FRACASO	-2.8640	.0086 (*)
D- DESCONTENTO	-2.6482	.0081 (**)
E- SENT. DE CULPA	4.2545	.0000 (**)
F- NEC. DE CASTIGO	4.5768	.0000 (**)
G- ODIO A SI MISMO	-3.2209	.0013 (**)
H- AUTOACUSACIONES	-4.1224	.0000 (**)
I- IMPULSOS SUICIDAS	-2.2850	.0222 (*)
J- LLANTO	-2.2850	.0028 (**)
K- IRRITABILIDAD	-4.2202	.0000 (**)
L- AISLAMIENTO SOCIAL	-2.9602	.0031(**)
M- INCAP. DECISION	-1.8685	.0617
N- IMAGEN DEL CUERPO	-2.8333	.0046 (**)

O- INCAPAC. TRABAJO	- .4945	.6211
P- TRAST. SUEÑO	-3.0567	.0022 (**)
Q- FATIGABILIDAD	-1.7142	.0864
R- PERD. APETITO	-1.0544	.2921
S- PERD. DE PESO	- .7564	.4494
T- HIPOCONDRIA	-1.6407	1009
U- PERD. LIBIDO	-1.2191	. 2229

NOTA: (*) sig. para $p = .05$

(**) sig. para $p = .01$

depresión: fracaso (C), sentimientos de culpa (E), necesidad de castigo (F), odio a si mismo (G), autoacusaciones (I), pesimismo (B), estado de ánimo (A), pérdida de libido (U) y descontento (D). Este factor contiene las variables que mejor distinguen a los grupos.

El segundo factor agrupa las variables ocupación y escolaridad, que se refieren claramente al nivel cultural de los sujetos.

El factor 3 incluye ítems del BDI que al parecer reflejan características comunes al dolor crónico y la depresión, ya que estas variables prácticamente no contribuían a distinguir a los grupos. Estos ítems fueron: fatigabilidad (Q), incapacidad para el trabajo (O), hipocondría (T), irritabilidad (K) y autoacusaciones (H).

El factor 4 incluye los ítems del BDI que evalúan la pérdida de apetito y de peso.

El quinto factor incluye tres ítems del BDI que al parecer se relacionan con la autoestima: imagen del propio cuerpo (N), aislamiento social (L) e incapacidad de decisión (M). Estas variables apenas distinguen a los pacientes deprimidos de los que no lo están por lo que parecen estar más asociadas con las limitaciones que produce la enfermedad.

El factor 6 agrupa las puntuaciones del IDARE estado y rasgo y los ítems del BDI llanto (J) y trastornos del sueño (P) por lo que puede considerarse como un factor de ansiedad.

Por último el séptimo factor recoge la información sobre la edad y sexo de los sujetos.

Las tablas que resumen los resultados del análisis factorial, el análisis discriminante y otros estadígrafos de interés para facilitar la visualización de los resultados se presentan en

el ANEXO 3 .

Lugo, Louro y Bayarre ⁽²⁰⁶⁾ obtuvieron una solución factorial de tres factores (conductual, cognitivo y somático) en una muestra de pacientes atendidos por depresión en Servicios de Psiquiatría y sujetos normales . En el estudio aquí presentado estos factores no permitían discriminar a los pacientes deprimidos y algunos síntomas aparecen comunes a la ansiedad, la depresión y el dolor.

Una de las limitaciones de este estudio fue el no haber incluido otros tipos de dolor crónico (cefaleas, cáncer, etc.). También hubiera resultado interesante comparar los resultados del BDI con el diagnóstico clínico de diversas formas de depresión, para poder definir puntos de corte de valor diagnóstico. Estos aspectos deberán ser objeto de estudios futuros

CAPÍTULO 6: ESTUDIOS DIRIGIDOS A LA CREACIÓN DE INSTRUMENTOS CUBANOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.

Desarrollo de una escala para evaluar los cambios en la actividad y en las relaciones interpersonales en los enfermos con dolor crónico: el E-DARI* .

Introducción:

Recibe cada vez más atención el papel que tiene la pareja, en el desarrollo y mantenimiento del dolor, así como los efectos del dolor crónico en el funcionamiento familiar y el estado psíquico de los allegados al paciente. En este sentido, se plantea la necesidad de tener en cuenta datos como éstos para un diagnóstico adecuado de los factores que intervienen en la cronicidad del dolor y en la aplicación de programas de intervención ⁽²¹⁵⁻⁶⁾.

Kerns y cols. ⁽²¹⁷⁾ subrayan la importancia de incluir en la evaluación psicológica de los pacientes con problemas de dolor crónico procedimientos para evaluar el impacto del dolor sobre las diferentes áreas de la vida del enfermo y las respuestas de otros significativos ante las quejas del paciente.

Existen pocos instrumentos que permitan una evaluación rápida y eficaz de estos parámetros. Entre los procedimientos contruidos especialmente para estos fines se encuentra el West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), elaborado por Kerns, Turk y Rudy ⁽²¹⁸⁾.

El WHYMPI es un inventario multidimensional diseñado para evaluar diferentes variables relevantes para la caracterización psicológica del dolor crónico desde una perspectiva cognitivo- conductual. Contiene tres secciones separadas; en la sección I aparecen veinte ítems distribuidos en cinco factores cuyos contenidos se refieren a:

- a) interferencia del dolor sobre la vida
- b) apoyo social percibido

* N. del A: Colaboraron en la recolección y análisis de los datos los psicólogos B.Zaz y J. Grau. Agradezco al bioestadístico J. Lence su apoyo en el análisis estadístico.

- c) severidad del dolor y sufrimiento
- d) autocontrol percibido sobre la vida
- e) malestar afectivo.

La sección II está compuesta por catorce ítems agrupados en tres factores que se refieren a la percepción del paciente acerca del carácter de las respuestas de otros significativos a sus quejas de dolor. Estos factores son:

- a) respuestas de castigo
- b) respuestas solícitas
- c) respuestas distractoras.

La sección III incluye dieciocho ítems que pretenden evaluar la percepción de los cambios en diferentes actividades de la vida cotidiana como consecuencia de los problemas de dolor. Estos ítems se distribuyen en cuatro factores:

- a) tareas domésticas
- b) trabajos de jardinería y reparaciones ligeras en el hogar
- c) actividades fuera del hogar
- d) actividades sociales.

Cada uno de los ítems se responden en una escala Lickert de siete puntos (de 0 a 6) y la calificación de cada factor se obtiene a partir del cálculo de la puntuación promedio obtenida por el sujeto.

El WHYMPI ha mostrado tener adecuadas garantías psicométricas en cuanto a validez y confiabilidad en diversos estudios con pacientes de hospitales para veteranos norteamericanos⁽²¹⁸⁾.

Fue traducido y adaptado al español por V. Ferrer, R. González y M.A Manassero⁽²¹⁹⁾ de la Clínica del Dolor del Hospital General de Palma de Mallorca, quienes han estudiado, a su vez, la composición factorial y las medidas, desviaciones típicas y correlaciones entre factores en una muestra de enfermos españoles.

En ese estudio se demostró que la versión española tenía una composición factorial bastante similar a la descrita por Kerns, Turk y Rudy⁽²¹⁸⁾, siendo particularmente útil para la evaluación las escalas de apoyo social y las respuestas percibidas de los otros significativos frente a las conductas de dolor del paciente, el autocontrol percibido sobre la vida y el nivel de ejecución de diversas actividades. Sin embargo, otros factores como

malestar general y severidad del dolor no presentaron estas propiedades.

El E-DARI es un instrumento que se obtiene a partir de la remodelación de la versión española del WHYMPI y que prescinde de algunos factores de la prueba original, pues pretende centrar la evaluación en los aspectos de las relaciones entre apoyo social y cambios en el nivel de actividad en los enfermos con dolor crónico. A continuación presentaremos la escala y los resultados obtenidos con pacientes cubanos con diversos tipos de dolor crónico.

Pasos para la elaboración del E-DARI

Para el desarrollo del E-DARI el primer paso fue revisar la traducción española del WHYMPI y compararla con la versión original inglesa, con el fin de determinar el ajuste de los ítems traducidos a la connotación psicolingüística de la prueba original. Para ello, dos psicólogos bilingües y con experiencia en la traducción y adaptación de pruebas psicológicas revisaron de forma independiente ambas versiones (la original y la española), calificando a todos los ítems en las categorías de Muy Bien y Excelente.

El segundo paso fue modificar la redacción de los ítems y sustituir términos que no son usuales en nuestro país (por ejemplo: bricolage).

El tercer paso fue valorar la pertinencia de los ítems para nuestro contexto. Para ello, tres jueces (psicólogos con experiencia en adaptación de pruebas) calificaron de manera independiente cada ítems en una escala de 0-5, donde 0 significaba que el ítem era absolutamente inapropiado en nuestro contexto, y 5, que era absolutamente adecuado para nuestro país. El 67% de los ítems obtuvieron puntuaciones entre 2 y 3, por lo que se decidió remodelar la escala, extrayendo los ítems poco adecuados para nuestra población y sustituyéndolos por otros más acertados, así como modificar la redacción de otros ítems manteniendo su contexto esencial.

Se excluyeron de la escala los ítems de la sección I, que evaluaban los factores: severidad del dolor y sufrimiento, autocontrol percibido sobre la vida y malestar afectivo pues en estas escalas se ubicaban la mayor parte de los ítems que obtuvieron bajas calificaciones de los jueces (65%), además del reporte de los autores españoles sobre las dificultades psicométricas, ya descrito. Con respecto a las restantes secciones se modificó la redacción

de algunos ítems y la forma de calificar la última sección.

Así, el E-DARI quedó constituido por tres secciones (ANEXO 4). En la primera aparecen doce ítems correspondientes a los factores apoyo social percibido e interferencia del dolor sobre la vida, del WHYMPI original. En la sección II quedaron catorce ítems y en la III, 17 ítems, más un ítem complementario propuesto por los autores de la versión española.

Se conservó la forma de respuesta (escala Lickert de 0-6) y el procedimiento de calificación para las secciones I y II. Sin embargo, en la sección III se modificó el procedimiento de calificación, con el fin de simplificarlo, pues en el E-DARI se calculan las diferencias en cada ítems entre "Antes" y "Después" del comienzo del dolor y se obtiene la calificación a partir del promedio de estas puntuaciones.

La escala fue aplicada a 118 pacientes, en el marco de una investigación más amplia que incluyó otros procedimientos diagnósticos. De ellos 71 tenían diversas enfermedades reumáticas (osteoartrosis, artritis reumatoide, fibromialgias), 27 dolor por cáncer y el resto padecía de cefalea migrañosa. Los sujetos fueron evaluados en consultas ambulatorias de los Hospitales C.Q. "10 de Octubre", "Hermanos Ameijeiras" y del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en la ciudad de La Habana. La edad media era de 42.4 (SD=14.4), 83% de ellos del sexo femenino y el estado civil predominante era el de casados (63.7% de los casos). El 31.4% de los sujetos desempeñaba labores técnico-administrativas, el 19,4% eran obreros y el resto se encontraba desocupado. La mayor parte de los pacientes tenían escolaridad media (58.3%) y superior (38.8%). Se excluyeron del estudio a los sujetos con una escolaridad inferior al 6to. grado, los que presentaban otras enfermedades asociadas y los que rehusaron a cooperar en la investigación (28 casos). El diagnóstico de la enfermedad fue realizado por médicos especialistas en Reumatología, Neurología y Oncología, de acuerdo a criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio. El tiempo promedio de padecimiento del dolor era de 89.7 meses (rango entre 6 y 572 meses) y la mayoría de los sujetos presentaban dolores generalizados a diversas localizaciones (87.8%).

Resultados:

Para obtener la composición factorial de cada una de las secciones del E-DARI se realizó

un análisis factorial con rotación varimax con el programa SPSS/PC+.

Para la sección I se obtuvo una estructura de tres factores que explican el 68.48% de la varianza (tabla no. 10). El factor 1 explica el 42.6% de la varianza e incluye cinco ítems que se refieren a la valoración del sujeto acerca de la interferencia del dolor en la actividad. El factor 2 contiene tres ítems que explican el 17.69% de la varianza y se refieren al apoyo social percibido. El último factor incluyó también tres ítems y explica el 8,17% de la varianza; estos ítems se refieren a la valoración de la interferencia del dolor en las relaciones interpersonales.

El ítem nueve obtuvo saturación negativa y baja en el factor tres, por lo que se excluyó de la escala.

La tabla No. 11 muestra los resultados del análisis factorial de los ítems que integran la sección II del E-DARI. Se obtuvo una estructura factorial de cuatro factores que explicaron el 72.83 % de varianza.

El factor uno incluye cuatro ítems de la sección II que explicaron el 35. 86 % de la varianza relacionados con conductas distractoras. El factor 2 agrupa los ítems que pueden interpretarse como conductas punitivas o de castigo. El factor tres, que explicó el 11.70 % de la varianza se refiere al apoyo instrumental que brindan los otros significativos y el factor cuatro está compuesto por cuatro ítems de conductas solícitas que explican el 7.25 % de la varianza. Se excluyeron los ítems 1 y 2.

Con respecto a la sección III no fue posible hallar una solución factorial que permitiera una agrupación lógica de los ítems por su connotación psicológica, por lo que preferimos considerarla como una unidad, dadas las altas correlaciones obtenidas entre los ítems (entre .35 y .75).

En conclusión, el E-DARI presenta una estructura factorial correspondiente con las expectativas de los autores acerca de las dimensiones que pretende evaluar

En la tabla No. 12 se muestran las medias y desviaciones típicas obtenidas de la calificación de los factores obtenidos en el análisis factorial del E-DARI y se comparan con los referidos por Ferrer y colaboradores.

Como puede observarse, la idea de crear una nueva escala (E-DARI) para la evaluación de las interacciones entre el dolor y los cambios en la actividad a partir de modificar el WHYMPI original fue confirmada por los resultados obtenidos . El E-DARI resultó tener

Tabla No 10: Matriz factorial rotada (varimax) para la seccion I del E-DARI.

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3
items 02	.863		
items 03	.833		
items 05	.824		
items 11	.813		
items 01	.762		
items 07		.850	
items 10		.792	
items 04		.703	
items 12			.790
items 06			.685
items 08			.643
items 09			.220

Tabla No 11: Matriz factorial rotada (varimax) para la seccion II del E- DARI.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
items 06	.854			
items 14	.822			
items 12	.809			
items 13	.762			
items 04		.849		
items 10		.790		
items 09		.713		
items 07		.692		
items 03		.601		
items 11			.793	
items 05			.750	
items 08				.796
items 11				.702
items 12				.685
items 14				.657

mejores propiedades psicométricas que su antecesor, a la vez de que es más corto y por ende, facilita la tarea tanto a los pacientes como a los profesionales que deben aplicarlo, calificarlo e interpretarlo.

La similitud en la estructura factorial referida por los autores de la versión española del WHYMPI, de la que procede nuestra modificación, sobre todo en la primera sección, habla a favor de la pertinencia de excluir los factores severidad del dolor y sufrimiento, autocontrol percibido y distrés emocional, pues en la investigación de Ferrer y colaboradores los factores obtenidos con los ítems que integran estas subescalas se disgregan y refunden. Por ejemplo, en la investigación española encontramos que los ítems que integran el factor "cambios en las relaciones personales" se reúnen con los pertenecientes al factor original de Kerns y colaboradores "severidad del dolor y sufrimiento", lo que en cierto sentido contamina la integridad del factor; mientras que en el E-DARI, los ítems que integran el factor "valoración de cambios en las relaciones interpersonales" tienen una unidad de contenido lógica mejor.

Es interesante que tanto en la muestra de pacientes españoles, como en la nuestra, el factor del WHYMPI original "Interferencia del dolor sobre la vida", obtenido por Kerns y colaboradores ⁽²¹⁸⁾, se desdobra en dos factores que apuntan hacia una relativa independencia entre la valoración de la interferencia del dolor sobre las relaciones interpersonales y la valoración de la interferencia del dolor en la actividad. Como quiera que en la muestra cubana y española predominó el sexo femenino (83 % y 82 % respectivamente), a la inversa que en la norteamericana (en la que el 81,5 % de los sujetos eran varones), esta podría ser una posible explicación de las diferencias constatadas; aunque otra hipótesis plausible sería la de variaciones interculturales, dada por la cercanía e interinfluencia de las culturas española y cubana, que podrían ser más semejantes en este sentido.

Con respecto a la sección II, la estructura factorial obtenida en nuestra investigación difiere de la de Kerns y Ferrer en que las respuestas positivas de los familiares de los pacientes cubanos ante el dolor se desglosaron en tres factores (conductas distractoras, apoyo instrumental y conductas solícitas) que se corresponden con los obtenidos por estos autores (conductas distractoras y solícitas en el estudio de Kerns y respuestas de ayuda y distractoras en el estudio de Ferrer). Una explicación bastante plausible de este resultado

puede ser que en el caso concreto de nuestro país (y más aún en el momento en que se realizó este estudio que fue en el año 1993) las conductas de apoyo instrumental debían ser más numerosas e importantes que lo que ocurre en países con un alto desarrollo socioeconómico como Estados Unidos y España, de manera tal que ellas se independizan de las conductas solícitas, más relacionadas con la expresión de afecto.

En los tres trabajos se obtiene un factor que se refiere a la percepción de respuestas negativas de los otros, denominado "conductas de castigo" en el estudio de Kerns y en el nuestro, y "respuestas de expresión de sentimientos negativos" en el estudio de Ferrer, y que agrupa prácticamente los mismos ítems en los diferentes estudios.

Con respecto a la sección III, en este estudio no se pudo hallar una solución factorial. Como en el E-DARI se introdujo una modificación en el procedimiento de calificación de esta sección, es posible que ella explique los resultados obtenidos. También es posible que los cambios en el nivel de actividad que se producen a consecuencia del dolor sean más generales y afecten todas las áreas de vida en el caso de nuestra población, lo que podría deberse a factores de índole socioeconómica.

Resulta interesante que hay algunas diferencias notables en las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los factores que resultaron similares para la versión española del WHYMPI y el E-DARI. En la muestra cubana, hay medias más elevadas en la interferencia del dolor en las relaciones interpersonales, mientras que en la interferencia del dolor en la actividad esta relación se invierte. Sin embargo, con respecto al apoyo social percibido las medias y desviaciones típicas son similares para ambos estudios. Con respecto a las conductas percibidas en los otros significativos, las medias y desviaciones típicas se comportan también de manera bastante similar.

Una posible explicación de estos resultados podría estar relacionada con los tipos de dolor estudiado, pues el estudio cubano incluye tres grupos claramente diferentes (cefaleas, dolor osteomioarticular y por cáncer), mientras que el de Ferrer y colaboradores hay dolor crónico benigno de diferente naturaleza. Otra posible explicación podría ser que en el caso de los cubanos, las limitaciones de la actividad en el período en que se realizó el estudio eran atribuibles en gran medida a las dificultades socioeconómicas por las que atravesaba el país.

Tabla No. 12: Medias y desviaciones típicas para el E-DARI comparadas con el WHYMPI.

FACTOR	WHYMPY		E-DARI	
	X	SD	X	SD
Cambios en las relaciones personales	1.74	1.79	4.13	1.52
Apoyo social	4.39	1.91	4.67	1.52
Interferencia en la actividad	4.37	1.40	2.91	1.68
Malestar general	4.05	1.29	-	-
Cambios en la actividad social	4.09	1.31	-	-
Autocontrol percibido	1.19	1.46		
Conductas de castigo	1.19	1.46	1.94	1.28
Apoyo instrumental	2.69	1.65	3.93	1.77
Conductas distractoras	3.73	1.72	4.22	1.75
Conductas solícitas	-	-	4.06	1.57

Tabla 13: Correlaciones obtenidas entre los diferentes factores del E-DARI.

FACTORES	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F1	1.000						
F2	.331	1.000					
F3	.538	.090	1.000				
F4	.332	.717	.158	1.000			
F5	.218	.036	.323	.160	1.000		
F6	.257	.486	.200	.519	.169	1.000	
F7	.394	.619	.199	.856	.196	.602	1.000

Tabla No. 14: Medias de las puntuaciones obtenidas por los pacientes en el E-DARI.

Factor	Tipo de Dolor (X)		
	Cefalea	Cáncer	Dolor OMA
Interferencia del dolor en la actividad	3.270	5.281	3.94 (*)
Apoyo social	3.933	5.816	4.456 (*)
Interferencia en las relaciones inter personales	2.200	3.161	3.018
Conductas distractoras	3.213	5.509	4.025
Conductas de castigo	1.810	2.341	1.839 (*)
Apoyo instrumental	3.625	4.019	3.986
Conductas solícitas	3.613	5.602	3.616 (*)
Cambios en la actividad	1.263	5.091	1.570 (**)

La tabla No. 13 muestra las correlaciones obtenidas entre los diferentes factores del E-DARI. En nuestro estudio los valores de las correlaciones oscilan entre .16 y .61, siendo la mayor parte de ellas superiores a .30, lo que puede atribuirse a la eliminación de los factores de la sección I ya explicada.

Para detectar si existían diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los diferentes factores y secciones de la escala en función de la patología, se ejecutó el análisis de varianza (ONE-WAY ANOVA), encontrándose diferencias significativas para la interferencia del dolor en la actividad social, las conductas de castigo, las conductas solícitas ($\alpha=.01$) y los cambios en el nivel de actividad ($\alpha=.001$). La tabla No. 14 presenta las medias obtenidas por cada grupo en estos factores.

Puede observarse que en los paciente con dolor por cáncer se obtienen las puntuaciones más altas en interferencia del dolor en la actividad, apoyo social, conductas solícitas y cambios en la actividad. . Las diferencias constatadas entre los diferentes tipos de dolor pueden explicarse por el impacto físico y psicosocial de este tipo de dolor ⁽¹⁹⁹⁾ . Sin embargo, el hallazgo de que los pacientes con cefalea son los que obtienen puntuaciones más altas en las conductas de castigo, deberá investigarse con mayor profundidad en estudios posteriores.

La posibilidad de contar con un instrumento que permita una exploración sencilla y eficiente de las valoraciones del individuo acerca de cómo el dolor crónico puede haber introducido modificaciones en su actividad y sus relaciones sociales, ofrece ventajas sensibles a la práctica asistencial y a la investigación. Sin embargo, su introducción en la asistencia es todavía prematura. Las normas para la calificación de las dimensiones deberá ser perfeccionada en estudios posteriores con muestras más amplias y variadas.

Debe tenerse en cuenta que el instrumento compara al sujeto con otros pacientes con problemas de dolor, esto quiere decir en la práctica, que una calificación baja en una dimensión como por ejemplo, "Cambios en el nivel de actividad" significa que el sujeto reporta pocos cambios en comparación con un grupo de pacientes con dolor, lo cual no necesariamente indique que no necesita tratamiento para esta problemática o que el nivel de cambios reportados no sea subjetivamente importante para el sujeto. De esta manera, las puntuaciones en las dimensiones particulares deben ser valoradas en el contexto general de

los resultados del sujeto en la escala y teniendo en cuenta otras fuentes de información y las metas del tratamiento.

También deberá estudiarse la sensibilidad del E-DARI para reflejar cambios como consecuencia de la evolución de las enfermedades y la acción de los tratamientos.

Las direcciones futuras de investigación en el E-DARI se enfocan actualmente hacia el perfeccionamiento psicométrico del instrumento y hacia la búsqueda de las interrelaciones entre los cambios en la actividad y en las relaciones interpersonales percibidas por el sujeto y otras dimensiones psicosociales relevantes para el estudio de los problemas de dolor .

Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico* .

Introducción:

Las particularidades de la asistencia psicológica en nuestros servicios de salud demanda la creación de instrumentos que respondan a problemas propios. La necesidad de realizar un estudio psicológico multidimensional, de amplio espectro y profundidad tropieza con el problema práctico que se deriva de la premura con que hay que realizar esta evaluación y el número de personas que requieren de tratamiento para el dolor. En muchas ocasiones, se prescinde de este tipo de estudios por no contarse con suficiente personal calificado para ello o por carecerse de los recursos y el tiempo que la evaluación psicológica necesita. Sólo son derivados hacia las consultas de Psicología, aquellos casos en los que el médico observa una alteración evidente del comportamiento o los que presentan dificultades en la relación médico-paciente ⁽²²⁰⁾.

Por ello actualmente, se plantea la necesidad de utilizar instrumentos que permitan discriminar a los sujetos con dolor crónico que requieran de la atención psicológica especializada para lograr una mejoría sustancial de sus problemas de dolor ⁽²²⁰⁾ de aquellos que requieren simplemente apoyo o incluso una simple aclaración sobre los procedimientos terapéuticos que pueden ser utilizados en su caso, toda vez que, aunque los factores psicológicos siempre están presentes en el dolor, su influencia en el curso clínico del mismo no es siempre patógena.

A inicios de la década de los 90, un grupo de psicólogos de diferentes instituciones de salud de la Ciudad de la Habana comienza a trabajar en el desarrollo y la aplicación de la Psicología al campo de dolor, a partir de la asimilación de la vasta experiencia internacional en esta temática. Uno de los primeros problemas que hubo que enfrentar era la carencia de instrumentos válidos para la evaluación de estos enfermos que respondieran a las exigencias de la práctica en un sistema de salud, como el cubano, que se caracteriza por su

* N. del A: El GEMAT fue elaborado por la autora de esta Tesis y los psicólogos J.Grau, M.T. Hernández, A.Lorenzo, E.Tabío. N.Rial y el ingeniero SAD A.Hernández colaboraron en la elaboración de la versión automatizada. El psicólogo J.C. García es coautor del estudio realizado para evaluar la validez predictiva. Las psicólogas M.J. Pallarés de la Clínica del Dolor del Hospital “La Fe” de Valencia, España y M.Lechuga, de

la atención masiva a la población.

Se necesitaba contar con una herramienta que permitiera ordenar y abreviar el proceso de evaluación psicológica de los enfermos con dolor crónico, dada la urgencia relativa que requiere la atención a estos pacientes. El GEMAT es un instrumento para la evaluación psicológica que pretende de alguna manera, dar respuesta a estas necesidades.

El GEMAT como instrumento: estructura y objetivos

El GEMAT tiene dos objetivos fundamentales:

1. Identificar los factores clínicopsicológicos que intervienen de forma negativa en el dolor crónico de un paciente en un momento determinado, así como sus "áreas conservadas" y potencialidades de afrontamiento
2. Obtener criterios para la decisión de cuales pacientes necesitarán de una atención psicológica especializada.

Para su confección, fueron estudiados diversos procedimientos utilizados para el diagnóstico de los distintos factores psicológicos relacionados con el dolor. A partir de este trabajo y de la propia experiencia clínica de los autores se elaboró un cuestionario que consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 10 criterios, los cuales conforman un perfil de cuya configuración se deriva la determinación de la necesidad de atención psicológica especializada y la identificación de los factores psicológicos que potencialmente intervienen de manera negativa en el curso y pronóstico del dolor.

De estos criterios, algunos están directamente relacionados con características clínicas del dolor que pueden influir en la determinación de necesidad de valoración psicológica.

Por ejemplo, el criterio 1. JUSTIFICACIÓN LESIONAL, se basa en el hecho de que uno de los motivos más frecuentes de remisión de los pacientes a Consulta de Psicología es la ausencia de una explicación médica a las quejas y síntomas de los pacientes ^(221). Incluye cuatro categorías que van desde ausencia de lesión que permita explicar las quejas del paciente hasta la certeza de un daño biológico o funcional que se corresponda plenamente con el dolor. Esta información se obtiene a través del análisis de la Historia Clínica del paciente y/o del criterio de su médico de asistencia.

El criterio 2. CRONICIDAD se basa en la relación establecida entre la cronicidad del dolor

Chile, han aportado valiosas sugerencias para el perfeccionamiento del instrumento.

y la presencia de factores psicológicos que actúen de alguna manera en la perpetuación de las conductas de dolor ⁽²²²⁾, ya discutido con amplitud en la fundamentación teórica de esta tesis. Se refiere al tiempo de evolución del dolor y lo clasifica de acuerdo a los criterios de cronicidad

El criterio 3. FRECUENCIA evalúa el reporte del sujeto acerca de la frecuencia de las crisis y parte del supuesto que una mayor frecuencia de las crisis dolorosas podría asociarse a mayor discapacidad y malestar emocional ⁽²²¹⁾. El criterio 4. GENERALIZACIÓN DEL DOLOR valora el reporte del paciente acerca de la "extensión" del dolor fuera de la localización inicial. Parte de la observación clínica de que este factor está asociado al diagnóstico de problemas de dolor (principalmente de tipo osteomioarticular y reumático) en los que la tensión emocional juega un papel importante en su etiopatogenia y curso ⁽²²³⁾.

El criterio 5. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD evalúa el autoreporte del sujeto acerca de cómo el dolor interfiere en sus actividades cotidianas, basado en el supuesto de que esta limitación puede generar mayor sufrimiento emocional ⁽²²⁴⁾. Sin embargo, no siempre existe asociación entre la limitación objetiva de la actividad y el sufrimiento, por lo que el GEMAT incluye un criterio, el criterio 6 SUFRIMIENTO POR LAS LIMITACIONES que se centra en este aspecto. Cómo es lógico suponer, una marcada diferencia entre las limitaciones reales que produce el dolor y el sufrimiento generado por estas puede indicar que el paciente está utilizando determinadas estrategias de afrontamiento o mecanismos de defensa que pueden influir de forma importante en la evolución de su cuadro clínico.

El criterio 7. VINCULACIÓN DE ESTADOS EMOCIONALES CON CONDUCTAS Y SÍNTOMAS es de carácter clínico-psicológico. Valora el reporte de estados emocionales negativos y su relación con el curso del dolor, tal y como se reporta en la literatura ⁽⁵¹⁻⁷⁵⁾. Se subdivide convencionalmente en tres subcriterios: ansiedad, depresión y astenia, este último síndrome se incluye por la frecuencia con que se reporta en los pacientes con dolor crónico y su vinculación con algunos cuadros dolorosos como la fibromialgia ⁽²²³⁾.

Los restantes criterios son de carácter eminentemente psicológicos y se fundamentan en los reportes de la literatura especializada sobre el tema. Se evalúan de forma indirecta, a través de la combinación de las respuestas a diversas preguntas del cuestionario, con el fin de eludir algunas de las críticas que se le ha señalado a la evaluación de los intervenciones entre el afrontamiento y el apoyo social en los enfermos crónicos ya analizadas en la

Fundamentación Teórica.

El criterio 8. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CREENCIAS evalúa cinco dimensiones consideradas relevantes ⁽⁸²⁻¹⁰⁷⁾

8.1- AFRONTAMIENTO UNIDIRECCIONAL: Pretende conocer cuán flexible es la persona en el uso de diversas estrategias para enfrentar el dolor, partiendo del supuesto de que mientras más unidireccional y rígido se es en el uso de estas estrategias, más dificultades encontrará el sujeto para la adaptación o solución de los problemas ^(90-1, 96) .

8.2- AFRONTAMIENTOS NOCIVOS: Evalúa la frecuencia reportada de determinados afrontamientos asociados a peor pronóstico y a mayor grado de malestar emocional (como el afrontamiento pasivo y el catastrofismo) ^(91, 106-7)

8.3- PREDICTIBILIDAD: Valora la creencia del sujeto acerca de si puede predecir las crisis dolorosas y su eficacia para evitarlas o controlarlas. Se supone que la incapacidad de control es desestabilizadora. ⁽⁹⁸⁻⁹⁾

8.4- EXPECTATIVAS: Evalúa expectativas con respecto a posibilidades de curación. ^(97-104, 229)

8.5- CONTROLABILIDAD: Control percibido del dolor y de las limitaciones que este impone . ⁽⁹⁷⁻¹⁰⁰⁾

El criterio 9 GRADO DE VINCULACIÓN ENTRE ÁREAS PROBLEMÁTICAS Y DOLOR Valora la existencia conflictos, frustraciones o insatisfacciones personales y su relación con el curso del dolor ^(221,223)

El último de los criterios, el 10.GANANCIAS indica el grado en que es posible que el paciente esté obteniendo algunos beneficios que refuerzan los comportamientos de dolor. ^(1, 4., 13, 21,230,)

La determinación de la necesidad de atención psicológica especializada se hace a través de la inspección visual del perfil. Se considera que necesitan atención psicológica especializada aquellos sujetos que presentan perfiles en los que las puntuaciones obtenidas en la mayoría de los criterios sobrepasan la mediana (1.5). Sin embargo, la decisión acerca del tipo y magnitud de la atención psicológica le corresponde al usuario, quién tendrá en cuenta otros factores relevantes en la práctica (recursos disponibles, tiempo, urgencia, etc.). El cuestionario puede aplicarse y calificarse de manera manual y también de forma automatizada. Hay preguntas que se corresponden directamente con un criterio, mientras

que la calificación de otros criterios exige el uso de las claves de calificación. De hecho, el GEMAT es un conjunto de pruebas que permiten evaluar aspectos psicológicos relevantes para el diagnóstico integral del dolor, por tanto, algunos de los subtests pueden usarse por separado para la investigación de problemas particulares y para evaluar los cambios que se producen en dimensiones psicológicas concretas como resultado de los tratamientos. El Cuestionario aparece en el ANEXO 5.

Estudios de validación

Estudio 1:

Objetivo:

Conocer la correlación que existe entre el diagnóstico de la necesidad de atención psicológica especializada para el dolor que se obtiene a través del GEMAT con ese mismo diagnóstico obtenido a través de los procedimientos convencionales (entrevistas y pruebas psicológicas.)

Metodología:

Se realizó un estudio comparativo transversal experimental a "doble ciego" con el fin de comparar el juicio clínico de tres psicólogos con experiencia en el trabajo con este tipo de paciente y el diagnóstico obtenido a través del GEMAT acerca de la necesidad de atención psicológica especializada .

Los psicólogos decidieron de manera independiente si el paciente necesitaba o no de atención psicológica especializada a partir de los datos proporcionados por una entrevista exploratoria de aproximadamente una hora de duración sobre los aspectos psicológicos relevantes para el diagnóstico y tratamiento del dolor y los resultados obtenidos por el paciente en varias pruebas psicológicas para la evaluación de estados emocionales (IDARE, BDI) , un Cuestionario de creencias y actitudes hacia el dolor (CAD) y una prueba para evaluar el impacto del dolor en las relaciones interpersonales y la actividad (E-DARI). En total, este proceso de evaluación se toma tres sesiones de trabajo con el paciente de una hora de duración aproximadamente cada una.

El GEMAT fue administrado al paciente de forma convencional por un psicometrista conjuntamente con las otras pruebas, como parte de su valoración psicológica. De esta

manera, el paciente desconocía que se iba a comparar los resultados del GEMAT con el diagnóstico obtenido a través de los restantes procedimientos. La calificación del GEMAT se realizó mediante la computadora y se obtuvieron puntuaciones que conforman el perfil. La introducción de los datos y respuestas de los sujetos fue realizada por un Ingeniero en Computación, quien imprimió los perfiles y adjudicó un código de identificación a cada planilla. Él era el único investigador que conocía los códigos de identificación de los casos. Estos perfiles fueron analizados de manera independiente por los tres psicólogos para decidir si el sujeto necesitaba o no atención psicológica especializada sin que se conociera por parte de los investigadores a qué sujetos pertenecían.

Los sujetos fueron aleatoriamente seleccionados de las consultas y salas del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" de la Ciudad de la Habana durante los meses de septiembre, octubre de 1993. Se excluyeron a los pacientes con escolaridad inferior a 9no grado y a los que presentaban retraso mental, psicosis, demencia u otra condición que impidiera la ejecución de las pruebas psicológicas. Los pacientes no conocían la finalidad del estudio pues este se realizó en el marco de la atención convencional, aunque se les solicitó su aprobación para utilizar los datos para una investigación. Todos los pacientes que de acuerdo al juicio obtenido por el psicólogo mediante los procedimientos convencionales necesitaban tratamiento, lo recibieron.

Para conformar la muestra se tuvieron en cuenta los casos en que al menos dos psicólogos, de manera independiente, coincidían en la valoración de la necesidad de atención psicológica (tanto de si la necesitaban como si no la necesitaban). 17 casos fueron excluidos por no cumplirse este requisito con respecto al diagnóstico obtenido mediante los procedimientos convencionales y 23 por no cumplirse con respecto al diagnóstico obtenido mediante el GEMAT. O sea, que fueron excluidos 40 pacientes.

La muestra estuvo constituida por 46 pacientes con dolor crónico osteomioarticular, 32 de ellos mujeres, con una edad promedio de 42.7 años y una SD de 8.7. El 52.6 % de los sujetos tenía escolaridad media superior, el 35.3 % escolaridad media inferior y el resto eran universitarios. El 62.3 % de los pacientes estaban casados. En todos los casos existía un diagnóstico confirmado de enfermedad reumática (23% de los casos padecían de artritis reumatoide, 30.2 % de espondilitis anquilopoyética y los restantes de osteoartritis).

Resultados:

La tabla 15 muestra los valores de media, desviación estándar, mediana y moda, obtenidos por los sujetos en cada uno de los criterios del GEMAT.

En la tabla 16 se muestran los resultados del análisis de correspondencia entre el juicio clínico y el diagnóstico del GEMAT. Se considera juicio clínico o GEMAT positivo cuando resulta necesaria atención psicológica especializada. Como puede observarse, en el 45.6% de la muestra tanto el GEMAT como el juicio clínico coinciden en la recomendación de atención psicológica especializada. La correspondencia entre el juicio clínico y el del GEMAT fue de 69.86% con un 3.9%% de falsos positivos y 15.2% de falsos negativos, lo que representa un valor de r estadísticamente significativo para $p=0.05$.

Para corroborar la capacidad del GEMAT de clasificar a los pacientes en función de la necesidad de atención psicológica se realizó un análisis discriminante. Este análisis pudo discriminar correctamente el 89.66% de los casos (tabla 17)

Tabla 15: Estadística descriptiva del GEMAT en la muestra estudiada

CRITERIOS	X	SD	MEDIAN	MODA
JUSTIFICACION LESIONAL	0.9	0.699	1	1
CRONICIDAD	2.94	0.19	3	3
FRECUENCIA	2.75	0.341	2.95	3
GENERALIZACION	1.56	0.443	1.6	2
LIMITACION	1.79	0.354	1.75	1.5
VIVENCIA DE LIMITACION	2.23	0.643	2.2	2.1
ANSIEDAD	0.880	0.340	1.5	1.5
DEPRESION	1.35	0.194	1.85	2
ASTENIA	1.63	0.554	1.85	2
AFRONTAMIENTO UNIDIRECCIONAL	1.4	0.340	1.35	1 (*)
AFRONTAMIENTO NOCIVO	1.45	0.587	1.5	1.5
ANTICIPACION	2.19	0.752	2.1	3
EXPECTATIVAS	1.77	0.742	1.55	1.5
INCONTROLABILIDAD	2.39	0.198	2.4	3
AREAS PROBLEMATICAS	2.1	0.485	2.1	2
GANANCIAS	1.44	0.685	1.1	1
APP	1.1	0.685	0.85	0 (*)

Nota: (*) existen múltiples modas, se da el valor menor.

Tabla No. 16: Correspondencia entre el juicio clínico y el diagnóstico del GEMAT.

	GEMAT positivo	GEMAT negativo	Valor de r
Juicio positivo	21 (45.6%)	7 (15.2%)	0.36 (+)
Juicio negativo	11 (23.9%)	7 (15.2%)	0.36 (+)

Nota: .(+) significativo para $p=0.05$

Tabla 17: Resultados del análisis discriminante

GRUPO ACTUAL	NO. DE CASOS	CASOS CLASIFICADOS	GRUPO DE PERTENENCIA
NO NECESITAN	11	10 (90.9%)	1 (9.1%)
SI NECESITAN	18	2 (11.1%)	16 (88.9%)

Estudio 2

Objetivos

1. Determinar la correlación de las subescalas del GEMAT que evalúan los estados emocionales (criterio 7) con el IDARE y el BDI
2. Determinar la correlación entre la subescala del GEMAT que ofrecen información sobre la interferencia del dolor en la actividad (criterios 5) y las subescalas del E-DARI que cumplen esos mismos fines.

Metodología

Se obtuvieron los casos de la Consulta de Psicología del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital 10 de Octubre. Todos los pacientes fueron remitidos por los especialistas en Reumatología, quienes hicieron el diagnóstico de la enfermedad reumática, para valoración de necesidad de atención psicológica. Se seleccionaron a los sujetos a quienes se les había aplicado el GEMAT, el IDARE, el BDI y el E-DARI en los marcos del estudio psicológico con fines asistenciales, durante el período comprendido entre noviembre de 1993 y febrero de 1994.

Se trabajó con una muestra de 50 pacientes con osteoartritis y fibromialgia, en la que predominaba el sexo femenino (70.8%), la escolaridad media (45.6%), la fibromialgia (54.2%) y las edades entre 35 y 60 años (67.8%) .

Resultados

Se estudiaron las correlaciones entre las calificaciones obtenidas por los sujetos en el criterio 7: "Vinculación de estados emocionales negativos y dolor" con las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Inventario de Depresión de BDI (BDI), las que aparecen en la tabla 18.

Las correlaciones entre el IDARE, el BDI y el criterio "Vinculación de estados emocionales con conductas y síntomas de dolor" resultaron significativas, salvo la de astenia con el BDI. Estos resultados hablan a favor de la utilidad de la subescala para la evaluación de la ansiedad y la depresión en enfermos con dolor crónico.

También se obtuvieron las correlaciones entre las calificaciones de los sujetos en el E-DARI y el criterio "Limitación de la actividad del GEMAT". Para este procesamiento se

escogieron solo las subescalas del E-DARI que se encuentran relacionadas con la limitación de la actividad. Los resultados aparecen en la tabla 19.

Tabla No. 19: Correlación entre el Criterio 5 del GEMAT (Limitación de la actividad) y el E-DARI

E-DARI	Interferencia en la actividad	Apoyo Social	Interferencia en las relaciones personales
Criterio 5	.28 (*)	.18	.38 (*)

Nota: significativo para $p=0.05$

Estudio 3

Objetivo

Establecer la validez predictiva del GEMAT

Metodología

Se trabajó con una muestra de 100 sujetos con diversos problemas de dolor crónico (neurológico, reumático, oncológico) que fueron atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital "10 de Octubre" de la Ciudad de la Habana durante el período comprendido entre octubre de 1994 y marzo de 1995. Los datos fueron obtenidos a partir de la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes . Esta remisión se realizó entre septiembre y noviembre de 1995, o sea, entre seis y nueve meses después de que el paciente fuera atendido.

Se utilizó un estudio longitudinal observacional retrospectivo con diseño aleatorizado por bloques que incluyó los siguientes subgrupos muestrales: un subgrupo A que incluyó 75 pacientes a los que les fue aplicado el GEMAT al inicio de su estudio en la Clínica del Dolor y un subgrupo B , de 25 casos, a los que no se les aplicó el GEMAT. Estos subgrupos se dividieron a su vez de la siguiente manera:

grupo A1: el GEMAT indicó la necesidad de atención psicológica y la recibieron
(25 casos)

grupo A2: el GEMAT indicó que no necesitaban atención psicológica y no la recibieron
(25 casos)

grupo A3: el GEMAT indicó que necesitaban atención psicológica y no la recibieron
(25 casos)

grupo B: no se aplicó GEMAT ni ningún tipo de evaluación o tratamiento psicológico
(25 casos)

Los subgrupos fueron homogéneos en cuanto a su composición por sexo , tipos de dolor, tiempo de evolución y edad, predominando en todos el sexo femenino (60%-75%), el dolor reumático y neurológico (75%-82,7%), un tiempo promedio de evolución de 10,3 meses y una edad promedio de 52,4 años.

Para determinar la necesidad de atención psicológica según el GEMAT se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- más de 7 criterios con puntuaciones por encima de la mediana (1.5).

- puntuaciones por encima de 1.5 en los criterios 7 (estados emocionales), 8b (afrontamiento nocivo) y 10 (ganancias), aunque no se cumplieran los dos requisitos anteriores.

Todos los sujetos recibieron el mismo tipo de tratamiento médico, consistente en acupuntura y en los casos que recibieron tratamiento psicológico, este siempre consistió en adiestramiento en técnicas de relajación (con ejercicios respiratorios) y apoyo.

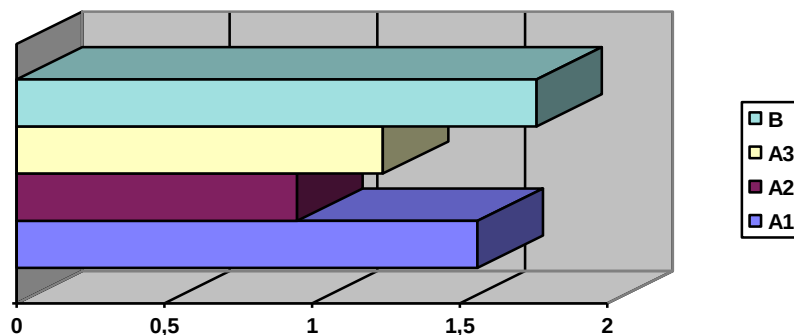
Para evaluar la evolución se tuvieron en cuenta dos parámetros:

- diferencias en la intensidad del dolor referida al inicio y al final del tratamiento, según una escala analógico visual (EAV).
- número de sesiones de acupuntura que requirió el sujeto.

Resultados:

Las diferencias entre la EAV inicial y final resultaron altamente significativas entre todos los grupos ($p < 0.0001$) lo cual era esperable ya que todos los sujetos recibieron tratamiento para el dolor. El ANOVA ONEWAY no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a la intensidad del dolor al inicio del tratamiento, mientras que sí encontró significación de las diferencias con respecto a la intensidad del dolor reportada (EAV) al final ($p = 0.016$). A través de la Prueba U-Mann Whitney se pudo localizar que estas diferencias se producían entre el grupo que el GEMAT señalaba que no necesitaban tratamiento psicológico y el grupo de sujetos que no fue evaluado con el GEMAT y no recibió tratamiento psicológico ($p = 0.002$). En el gráfico 2 se ilustran estos resultados.

Gráfico 2: Intensidad del dolor referida según EAV al final de tratamiento (X de la EAV final)



Encontramos diferencias estadísticamente muy significativas ($T=-4.25$, $p=9.6804E-5$) entre el número de sesiones de acupuntura que necesitó el grupo de pacientes que según el GEMAT debían recibir tratamiento psicológico y lo tuvieron ($X=6.4$, $SD=2.7081$) y entre los pacientes que no fueron evaluados con el GEMAT ni recibieron tratamiento psicológico ($X=9.2$, $SD=1.8708$). También resultaron significativas las diferencias entre los pacientes que recibieron tratamiento psicológico y los que no lo recibieron aún cuando el GEMAT indicaba que lo necesitaban ($T=2.97$, $p=0.000455$); así como entre el grupo de casos que fue evaluado con el GEMAT y no recibió tratamiento psicológico por no necesitarlo y el grupo al que no se le aplicó GEMAT ($t=-2.23$, $p=0.03$).

Validez y utilidad del GEMAT

El GEMAT no compara al sujeto con un grupo de características afines, todo lo contrario, pretende aprehender la individualidad del paciente en el momento de la evaluación y apoyar el juicio clínico, reduciendo el número de horas dedicadas al estudio del caso. Por lo tanto, los principales criterios para su validez son su capacidad de coincidir con el juicio clínico y su valor predictivo. Se destaca la correlación significativa entre el diagnóstico del GEMAT y el juicio clínico acerca de la necesidad de asistencia psicológica especializada en un grupo de pacientes con problemas de dolor de comprobada justificación lesional. Ello, unido al alto porcentaje de pacientes a quienes era recomendable este tipo de atención, basta para apoyar la integración de la evaluación de los factores psicosociales a la valoración cotidiana de los enfermos con síndrome de dolor crónico y estimula a utilizar el GEMAT para estos fines.

En el 39.1 % de los casos hubo divergencias entre el juicio clínico y la recomendación emitida por el GEMAT, lo cual es fundamentalmente perjudicial para el 15.2% de falsos negativos. No obstante, creemos que este riesgo es preferible a la renuncia a la evaluación psicológica de los pacientes, que es la respuesta más común que se da a las dificultades de implementación de esta evaluación en la asistencia cotidiana. El perfeccionamiento posterior del GEMAT puede contribuir a la disminución de esta proporción y aumentar la potencia y eficiencia del instrumento.

Las correlaciones significativas de algunas subescalas con pruebas psicológicas elaboradas

para los mismos fines fortalece la validez del GEMAT. Según puede observarse, el criterio 5 "Limitación de la actividad" correlaciona significativamente con los cambios en la frecuencia de realización de las actividades de la vida cotidiana y el apoyo social evaluados con el E-DARI: no así con la interferencia del dolor sobre la vida, lo que puede explicarse porque esta categoría (interferencia del dolor sobre la vida) parece estar más relacionada con conflictos en las relaciones familiares que con la limitación objetiva que pueda tener el paciente, según estudios anteriores ⁽²²⁵⁾.

Los pacientes que de acuerdo al GEMAT no necesitan tratamiento psicológico para su dolor son los que mejor respondieron al tratamiento con medicina tradicional. Este resultado es consecuente con lo reportado en la literatura con respecto a otras modalidades de tratamiento médico convencional ⁽²²⁶⁻⁷⁾. Asimismo, se corrobora la validez predictiva del GEMAT al constatarse que los pacientes que según el diagnóstico obtenido a través del instrumento, necesitaban atención psicológica y no la recibieron, requirieron de un número mayor de sesiones de acupuntura que aquellos que sí la recibieron. Es interesante que, al parecer, una intervención psicológica sencilla (incluso la evaluación con el consiguiente proceso de autoreflexión que esta implica) contribuye de alguna manera a acelerar el proceso de mejoría, disminuyendo el número de sesiones de acupuntura que necesita el paciente, principalmente en los sujetos que presentan problemas de dolor crónico que están influenciados negativamente por factores psicosociales.

La mayor utilidad del GEMAT estriba en la reducción del tiempo y del esfuerzo destinado a la evaluación psicológica pues permite obtener una "fotografía"* de las principales dimensiones clínicas y psicológicas que pueden influir en la evolución del dolor. Se le pueden señalar como aspecto negativo que la calificación manual resulta algo engorrosa, aunque es más confiable que la versión automatizada de que disponemos actualmente. Además, dada la imposibilidad de contar con ordenadores en todas nuestras unidades asistenciales que atienden a pacientes con dolor, la calificación manual será la que con más probabilidades se generalice. Una forma de resolver este problema es crear plantillas para la calificación, similares a las que se usan con otros procedimientos ampliamente

* N. del A: Quizás el término "fotografía" no sea el más feliz dado que las complejidades del estudio del comportamiento humano determinan que estemos muy lejos de aproximarnos al nivel de detalle y precisión que permite la fotografía. Sirva pues la metáfora sólo para enfatizar el carácter circunstancial y momentáneo del diagnóstico que permite el GEMAT.

difundidos en nuestro contexto como el MMPI y el 16PF. Otro señalamiento negativo es que en la versión actual hay algunos ítems que pueden resultar de difícil comprensión para pacientes con baja escolaridad . Actualmente se trabaja con vistas a eliminar estas deficiencias.

Deberá investigarse si la correspondencia entre el juicio clínico y el diagnóstico obtenido a través del GEMAT puede modificarse según la patología y otras características clínicas o sociodemográficas. También deberá trabajarse en la precisión de los criterios para la decisión de atención psicológica especializada. Otra línea de investigación prometedora es la relación posible entre el diagnóstico obtenido a través del GEMAT, las indicaciones terapéuticas y la eficacia de los tratamientos.

Alcance y limitaciones de las investigaciones reseñadas.

Las investigaciones aquí presentadas pretenden ayudar a resolver un problema de la práctica de la Psicología de la Salud cubana: el problema de los instrumentos para el diagnóstico psicológico, en este caso particular, en el área de la atención a los pacientes con dolor crónico.

Para ello se partió de considerar que las particularidades de nuestro quehacer asistencial determinan que la selección de los procedimientos de evaluación no debe dejarse al azar o solamente regirse por criterios de accesibilidad de los recursos. Se hace necesaria una reflexión sobre cómo debe organizarse el proceso de evaluación y atención psicológica en el contexto de un trabajo multidisciplinario y de un sistema de salud gratuito, accesible y por ende, masivo, que cuenta con limitados recursos económicos. Esta reflexión pasa por el camino de determinar los requisitos que deben tener los procedimientos específicos que se utilizarán para el diagnóstico psicológico.

Por ser este un tema poco investigado, se consideró que se debería partir de una caracterización de algunos aspectos de la práctica asistencial en nuestro medio que estarían relacionados con el problema de la organización del proceso de evaluación psicológica a los pacientes con dolor y la selección de los procedimientos. Dos factores se consideraron que deberían ser dilucidados: ¿cómo se inserta el quehacer del psicólogo en el equipo multidisciplinario de atención al dolor?, y ¿cuáles son las expectativas de los pacientes con dolor crónico con respecto a la atención psicológica?.

No se pretendió con estos trabajos agotar el tema de las particularidades de nuestro quehacer asistencial, simplemente enfocar la mirada hacia aspectos muy concretos del trabajo psicológico que están involucrados en la atención a pacientes con dolor crónico. Tampoco se consideró que estas son las únicas o más importantes aristas de este problema, pero sí se partió de la hipótesis de que juegan un papel relevante en la determinación de las estrategias particulares que deberían tenerse en cuenta a la hora de abordar el problema de la evaluación psicológica de los enfermos crónicos, en particular, de los pacientes con dolor.

Los resultados y reflexiones que se derivan de estos trabajos fueron utilizados como punto

de partida para esbozar recomendaciones acerca de cómo deberá organizarse el proceso de evaluación psicológica de los enfermos con dolor y sobre los requisitos que deben tener las herramientas auxiliares de diagnóstico. Será tarea futura comprobar si estas hipótesis se verifican en la realidad. La utilidad de las mismas estriba en ser un punto de partida para la solución de problemas prácticos y para el surgimiento de nuevos problemas científicos. Coincidimos con Souza en su planteamiento de que *"Nada puede ser intelectualmente un problema, sino hubiera sido, en primera instancia, un problema de la vida práctica"* (173, p.78.)

Otra faceta del problema de la evaluación de los pacientes con dolor crónico en nuestro país es la carencia de instrumentos que faciliten el trabajo diagnóstico. Hay que tener en cuenta que la necesidad de dar respuesta urgente y efectiva a las demandas asistenciales obliga a que se parta de identificar los requisitos mínimos indispensables de los instrumentos para que estos estén aptos para su introducción en la práctica. Como plantea Cronbach "Con procedimientos tan diversos para examinar la validez, cada uno de ellos apropiados para un uso determinado, es evidente que ningún constructor de tests puede validar los suyos de manera terminante" (150, p.97)

De esta manera, los estudios particulares presentados no pretenden agotar las posibilidades investigativas con respecto a estos instrumentos. Por el contrario, se dejan abiertas nuevas puertas y se delimitan nuevos problemas a estudiar. Lo que sí se aspiraba era a incrementar el arsenal de herramientas disponibles para los psicólogos que trabajan en nuestro sistema de salud y delimitar el alcance del uso de las mismas.

Es fácil deducir que los instrumentos referidos en esta monografía pueden utilizarse a la manera de una "batería de pruebas" y que su selección ha partido también de tener en cuenta esta posibilidad. La utilización de "baterías" para la evaluación psicológica es discutida. Se defienden las ventajas de su utilización para facilitar la investigación pero se les hace la justa crítica de descuidar la individualidad (228-9). En nuestra experiencia, el uso de las "baterías" es factible siempre que se tenga el cuidado de no aplicarlas de manera masiva, sin un análisis previo de las condiciones y características de los casos.

De los instrumentos aquí presentados, el MPQ y el GEMAT son los que podrían aplicarse de primera intención a los pacientes que son atendidos por problemas de dolor, ya que brindan información relevante para el diagnóstico y la planificación de las estrategias de

tratamiento y son relativamente fáciles de contestar para los pacientes. Cómo apuntan los resultados de uno de los estudios reseñados sobre el GEMAT, la autoreflexión inducida por el acto de responder a un cuestionario psicológico parece tener efectos beneficiosos que facilitan el éxito del tratamiento del dolor, incluso con procedimientos no psicológicos.

Por supuesto, los cuestionarios desarrollados en otros países que fueron seleccionados para este trabajo por supuesto no son los únicos instrumentos que pueden y deben ser validados en nuestro medio. Su selección se basó en las disponibilidades actuales, en las bondades que le conferían a los mismos la experiencia acumulada en su utilización en otros países y su amplio uso internacional. Será tarea futura seguir perfeccionando los estudios sobre estos instrumentos y también explorar y validar otros.

En todo caso, de lo que se trata es de planificar el proceso de evaluación psicológica de los pacientes con dolor en el contexto de su atención multidisciplinaria y de las características de nuestra práctica asistencial⁽²³⁰⁾. Los instrumentos que se presentan en esta tesis pueden ayudar a lograr ese objetivo.

CONCLUSIONES

1. En los profesionales de nuestro sistema de salud que deben atender a los pacientes con dolor pueden encontrarse concepciones y actitudes erróneas sobre el dolor y su abordaje multidisciplinario independientemente de su profesión y experiencia. Estas creencias y actitudes pueden modificarse mediante un proceso de capacitación que incluya los elementos cognitivos y vivenciales relacionados con la atención multidisciplinaria al dolor.
2. Los pacientes reumáticos remitidos a Consulta de Psicología pueden clasificarse en dos tipos a partir de sus expectativas: pacientes que aceptan y pacientes que rechazan la atención psicológica. El malestar emocional y la incertidumbre con respecto al diagnóstico influyen en la aceptación previa de la atención psicológica.
3. La versión del MPQ investigada muestra una adecuada consistencia interna, contiene descriptores familiares para nuestra población y útiles para discriminar los diferentes tipos de dolor, por lo que es adecuada para ser utilizada en la evaluación del dolor en pacientes cubanos con dolor crónico osteomioarticular, neurológico y en los pacientes con dolor por cáncer.
4. El Inventario de Depresión de A.T.Beck debe ser utilizado con precaución para el diagnóstico de la depresión en los pacientes con dolor crónico osteomioarticular y reumático, ya que posee un conjunto de ítems que recogen información sobre síntomas comunes de la depresión y el dolor crónico..
5. El E-DARI posee propiedades psicométricas que avalan su introducción en la práctica teniendo en cuenta las precauciones que se derivan de la necesidad de completar el proceso para su validación.
6. El GEMAT puede facilitar la organización del enfoque multidisciplinario en la atención al dolor al simplificar el proceso de evaluación psicológica, ahorrando tiempo y recursos ya que resulta confiable para identificar los principales problemas psicológicos que afectan a los pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Al organizar el trabajo multidisciplinario en la atención al dolor deben delimitarse las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo con respecto a la evaluación de los aspectos psicológicos. Esta delimitación deberá hacerse de manera flexible, a partir de las exigencias y particularidades propias a cada equipo pero siempre teniendo en cuenta el principio de incorporar la evaluación psicológica al proceso habitual de diagnóstico y la necesidad de favorecer el desarrollo de hábitos, actitudes y habilidades consecuentes con el enfoque multidisciplinario.
2. Los instrumentos para la evaluación psicológica además de cumplir los requisitos de validez y fiabilidad que se le exigen tradicionalmente a este tipo de herramientas, deberán también tener en cuenta las particularidades y exigencias de la asistencia psicológica a este tipo de enfermos en el marco de la salud pública nacional por lo que deben ser de fácil administración, que la información que ofrezcan sea relevante para la organización del tratamiento multidisciplinario y que su contenido pueda ser valorado por los enfermos como relacionados con su problema de dolor.
3. Continuar el perfeccionamiento de los instrumentos investigados y acometer el trabajo de validación de otros que puedan resultar de utilidad para su introducción en nuestra práctica asistencial.

REFERENCIAS

REFERENCIAS:

1. Miró E. y Buela Casal G. Evaluación del dolor crónico. En V. Caballo y J.C. Sierra (Eds.): Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud, Madrid: Siglo XXI, 1996: 727-56
2. Le Resche L. y Von Korff M. Epidemiology of pain. En A.R.Block, E.F.Kremer y E. Fernández (Eds.) Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives. New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers, 1999:3-29
3. Arias R. Estudio de los peritajes médicos del Hospital Comandante Manuel Fajardo de mujeres trabajadoras con trastornos reumatológicos. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de la Habana: Servicio Nacional de Reumatología, 1989.
4. Penzo W . El dolor crónico, aspectos psicológicos. Barcelona : Martínez Roca , 1989
5. Rull M. Consideraciones en torno al dolor de espalda. Rev.Soc.Esp.Dol. 8 Supl 2, 2001: 1-2 (Editorial)
6. Melzack R. Del umbral a la neuromatriz. Rev.Soc.Esp.Dol. 7 (3), 2000:149-57
7. International Association for Study of Pain (IASP). Pain: a definition. Pain 1979, (1supl.), 1-14
8. Bonica J. Importance of the problem. en A. Armolgfom (ed) Evaluation and treatment of chronic pain. Baltimore: Urban SCH Wart Zenberg, 1984: 254:346
9. Okifuji A, Turk D.C. y Findley J.C. Clinical outcome and economic evaluation of multidisciplinary pain centers. En A.R.Block, E.F.Kremer y E. Fernández (Eds.) Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives. New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers, 1999:77-99
- 10.Martín M. y Grau J.A. La investigación transcultural del dolor. Ponencia presentada en el XVIII Congreso de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada, Madrid, 4-7 julio 1994
- 11.Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ta. Edición. México D.F: Interamericana McGraw Hill, 1994: 501-520.
- 12.Chamberlain K. Methodololatory in Qualitative Health Psychology. Reconstructing Health Psychology. First International Conferences on Critical and Qualitative approaches to Health Psychology. Book of abstracts. St.John`s, Newfoudland, Canadá,

1999

- 13.Henderikus J. S. Theorising Health and Illness: subjectivity, bodies and reflexivity. Reconstructing health Psychology. First International Conferences on Critical and qualitative approaches to health psychology. Book of abstracts. St.John's, Newfoundland, Canadá, 1999
- 14.Melzack R. y Wall P. D. The challenge of pain. New York: Basic Books, 1982
- 15.Loesser J.D. A definition of pain. Washington: University Washington of Medicine, 1980
- 16.Bond M.R. Dolor. Naturaleza, análisis y tratamiento. 2a. Edición. Barcelona: Harofarma, 1986
- 17.Robinson M.E. y Riley J.L. Models of pain En A.R.Block, E.F.Kremer y E. Fernández (Eds.) Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives. New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers, 1999:23-41
- 18.Melzack R y Casey K.L. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D.Kenshalo (Editor) The Skin Sense. Springfield: C.C. Thomas, 1986, 250-360.
- 19.Melzack R. Y Wall P. D. Pain mechanisms, a new theory. Science 1965 , 150: 971- 990
- 20.Engel G.L. : The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977, 196 : 129-136
- 21.van-der Hofstadt CJ. Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. Rev.Soc.Esp.Dol. oct-nov. 2001, 8 (7): 503-511
- 22.Omaña I. Fisiopatología del dolor. En Instituto Syntex (Editores) Estudio y tratamiento del dolor. México D.F: Istituto Syntex, 1994, capítulo 1, 1-41.
- 23.Flórez Tascón, F.J. Dolor. Madrid: IDEPSA, 1987
- 24.Uribe S. Estudio Clínico del Dolor. En Instituto Syntex (Editores) Estudio y tratamiento del dolor. México D.F: Istituto Syntex, 1994, capítulo 4, 110-125
- 25.American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1985
- 26.American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1988
- 27.Soler E. Estudio de las variables psicológicas asociadas al dolor crónico. Tesis doctoral.

- Valencia: Facultad de Psicología, 1994
- 28.American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995
 - 29.Parsons T. El sistema social. Madrid: Rev. de Occidente, 1966
 - 30.Turk DC, Rudy TE, Stieg R L. Chronic pain and depression I. "facts". Pain Management 1987 5 :17-25
 - 31.Kerns R. D, Turk D. C. Conceptual issues in the assessment of clinical pain. International Journal of Psychiatry Med. 1983, 13: 15-16.
 - 32.Philips H.C: El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1988
 - 33.IASP. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndrome and definitions of pain terms. Pain 1986, (3 Suppl): 1-225
 - 34.Godoy JF, Sánchez RR y Muck JA. Evaluación del nivel de comunicación médico - paciente en la consulta ambulatoria. Rev. Psicol. de la Salud 1994, 6(1): 103-122
 - 35.Alfonso MT, Giner M y Rodríguez-Marín J. La representación social del paciente crónico en los profesionales de la salud en la comunidad valenciana. Rev. Psicol. de la Salud 1995 , 7(1): 3-12
 - 36.Hadjistavrapoulus T. Chronic pain in trial. The influence of litigation and compesation on chronic pain syndromes. En A.R.Block, E.F.Kremer y E. Fernández (Eds.) Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives. New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers, 1999:23-41
 - 37.Grossman W.I. Pain agression, fantasy and concepts of sadomasochism. Psychoanal. 1991,enero 60 (1): 22-52.
 - 38.Watson CG y Buranen C. The frecueny and indentification of false postive conversion reaction. J.of Neurol. and Mental Dis. 1979, 167: 243-247
 - 39.Engle GL. Psychogenic Pain and the pain prone patient. Am.J.of Med 1959, 26: 899-918
 - 40.Bradley L.A., Van del Heide L. Pain related correlates of MMPI profile subgroups among back pain patients. Journal of Behavioral Madicine 1978 , 1: 253-257.
 - 41.Hart R. Chronic pain: replicated multivariate clustering of personality profiles. Journal of Clinical Psychology 1984, 40: 129- 132.
 - 42.Smythe H. Problems with the MMPI. J. Rheumatol. 1984, 11: 417- 418.
 - 43.Calsyn DA, Louks J y Freeman CW. The use of MMPI with chronic low pain patients

- with a mixed diagnosis. *J. of Clin. Psychol* 1976, 2:532-536
- 44.Wiltse LL, Rochio PD. Preoperative psychological tests as predictors of success of chemonucleolysis in the treatment of the low back pain syndrome. *J. of Bone and Joint Surg.* 1975, 57A, 478-483
 - 45.Smith WL y Duerksen DL. Personality in the relief of chronic pain: predicting surgical outcomes. *Clin.Neuropsychol.* 1980, 1: 35-38
 - 46.Martín M, Grau J. A, Bosch F, Zas B, Rial N, Tabio E., Lorenzo A, et al. La atención psicológica al dolor crónico en una proyección multidisciplinaria. Ciudad Habana: ECIMED, 1993
 - 47.Vallejo Pareja M.A. y Comeche M.I. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1994
 - 48.González R, Ferrer V, Olive O, Manassero MA., Torres C, Truyols M et al. Aportaciones psicológicas al estudio del dolor crónico. En R.Salazar (Editor) *Dolor crónico. Posibilidades terapéuticas.* Palma de Mallorca: C.I.M., 1990; 59-76
 - 49.Main CJ, Evans PJD y Whitehead RC. An investigation of personality structure and other psychological features in patients presenting with low back pain: a critique of the MMPI. En M.R.Bond, J.E.Charlton y C.J.Wolf (Editores) *Proceedings of the 6th World Congress of pain.* Amsterdam: Elsevier, 1991: 207-217
 - 50.Merskey H. Psychological approaches and the treatment of chronic pain. *Postgraduate Med. J.* 1984, 60: 886-892
 - 51.Sternbach R., Wolf RS, Murphy RW y Akeson WH. Traits of pain patients: the low back "loser". *Psychosom.*, 1973 14: 226-229
 - 52.Pennebaker JW. *Salud, Expresión y Represión social de las emociones.* Valencia: Promolibro, 1993
 - 53.Emery Ch.F, Huppert F.A. t Schein R.L. Health and personality. Predictors of psychological functioning in a 7 year longitudinal study. *Pers.Indiv.Diff.*1996, 20 (5): 567-573
 - 54.Martín M, Grau J.: *Psicología y dolor crónico.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara (en prensa).
 - 55.Banks S y Kerns R.D. Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis stress-framework. *Psychol.Bull.* 1996, 119 (1): 95-110

- 56.Crombez G, Hermans D, Adriaensen H. The emotional stroop task and chronic pain: what is threatening for chronic pain sufferers? *Eur J Pain* 2000;4(1):37-44
- 57.Hendler N. Depression caused by chronic pain. *J.of Clin.Psychol.* 1984, 45 (3 sec 2): 30-38
- 58.Al-Obaidi SM, Nelson RM, Al-Awadhi S, Al-Shuwaie N. The role of anticipation and fear of pain in the persistence of avoidance behavior in patients with chronic low back pain. *Spine* 2000 May 1;25(9):1126-31
- 59.Monzálvez V, Cerdía Olmedo G, Mínguez A y de Andrés JA. Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios vs. pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. del Dolor* 7(1), 2000: 6-11
- 60.Bown FF, Robinson ME, Riley JM y Gremillion HA. Pain severity, negative affect and microstressors as predictor of life interference in TMD patients. *Cranio* 14, 1996:1339-45
- 61.Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Jan;80(1):39-45
- 62.Magni G, Salmi A, de Leo D y Ceaola A. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1994, 56: 289-297
- 63.Salovey P. Mood-induced self - focused attention. *J. of Pers. And Soc. Psychol.* 1992, 62: 699-707
- 64.Brown GK. A causal analysis of chronic pain and depression. *J. of Abnormal Psychol.* 1990, 99: 197-137
- 65.Parker J.C., Smarr KL, Angelone EO, Mothersead PK, Lee BS, Walker SE, Bridges AJ y Caldwell CW. Psychological factors, immunologic activation and disease activity in rheumatoid arthritis. *Arth.Care Res.* 5:1992:196-201
- 66.Zelman DC, Howland EW, Nichols SN y Cleeland CS. The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain* 1991, 46: 105-111
- 67.Pilowski I, Graham Barrow C . A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable "Psychogenic" pain. *Pain* 1990; 40: 3-19
- 68.Von Plessen K y Schulyz-Venrath U. Is early differentiation between psychogenic and

- somatogenic lumbago-ischialgia syndrome patients possible by anamnesis? *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* 1998 nov; 48 (11): 451-6
69. Rhudy JL, Meagher MW. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain* 2000 Jan; 84(1):65-75
70. Phillips JM, Cohen MZ, Moses G. Breast cancer screening and African American women: fear, fatalism, and silence. *Oncol Nurs Forum* 1999 Apr; 26(3):561-71
71. Valle JP. Doluer chronique et desarroi psychologique: une realtion de causalite universelle? *Presse. Med.* 1998, nov. 28; 27(37): 1899-02
72. Sternbach R. Pain patients. Traits and treatments. New York. Academic Press, 1974
73. Arnould A, Dressen L y Mercklebach H. La atenciòn y no la ansiedad influye en el dolor. *Behav. Res. Ther.* 1991, 29(1):41-50
74. M.A. Vallejo. Emociones y dolor. *Rev. Soc. Esp. Dol.* 7:3-5, 2000
75. M.A. Vallejo y M.I. Comeche. Depresión , ansiedad y dolor crónico. En Fernández Abascal EG, y Palmero F. (eds.) *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel, 1999; 289-324
76. Warning EM. The role of family symptoms selection and perpetuation in psychosomatic illness. *Psychoter. Psychosom.* 1977, 28: 253-259
77. Fordyce W.E.: Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Lois: C.V. Mosby, 1976
78. Fordyce W.E., Brocaway J., Bergman J.A., Spengler D. Acute back pain; a control group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* 1986, 9, 127-140.
79. Fordyce W.E., Fowler R., Lehman J., De Lateur B., Sand P., Trieschman R. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch. of Physical Med. and Rehab.*, 1973 , 54: 399-408
80. Ehde D.M., Holm J.E., Metzger D.L. The role of family structure, functioning and pain modeling in headache. *Headache*, 1991, ene. 31 (1), 35-40.
81. Jamison R.N., Virts K.L.: The influence of family support on chronic pain. *Behavior Research Therapy* 1991, 28 (4), 283-287.
82. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping . New York: Springer, 1984
83. Devine D.P., Spanos N.P. Effectiveness of maximally different cognitive strategies and expectancy in attenuation of reported pain. *Pain , Personality and Social Psychology*,

- 1990, abr. 58 (4), 672-678.
- 84.Jensen M.P., Karoly P. Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991, 59, 431-438.
 - 85.Jensen M.P., Turner J.A., Romano J.M. Self- efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 1991 mar, 44 (3):263-269.
 - 86.Jensen M. P., Turner J. A., Romano J. M., P. (1991): Coping With Chronic Pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991, 47: 249- 283).
 - 87.Dunkel-Schetter C, Feinstein L, Taylor SE y Falke R. Patterns coping with cancer and their correlates. *J. of Person and Soc. Psychol.* 1990, 53: 71-80
 - 88.Font A: El coping como variable psicològica relevante en Oncologia. En J. Santacreu (De.) *Modificaciòn de conducta y Salud (VI Jornadas)*, Valencia:Promolibro, 1988, 258-260
 - 89.Bandura A. "Pensamiento y acciòn. Fundamentos sociales".Barcelona:Martínez Roca, 1987
 - 90.Fustè C. Eventos vitales, estrès y afrontamiento en el debut de la AR. Trabajo de Terminaciòn de Residencia: Instituto Nacional de Reumatología, 1993
 - 91.De Ridder D y Schreurs K. Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychol. Health and Med.* 1996 1(1): 71-83
 - 92.Friedman H., Di Matteo R.C.D. *Health Psychology*. London: Prentice Hall., 1989
 - 93.Barsky aJ, Klerman GL. Overview: hyphochondriasis, bodily complains and somatic styles. *Am.J.of Pshychtry* 1983, 273-283
 - 94.Levine MN, Guyat GH, Gent M, de Paw S, Goodyear MD y otros. Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *J. of Oncol.* 1992, 6:1789-1819
 - 95.Hernández DE. Alteraciones del a CTI en pacientes cardiovasculares quirùrgicos: su psicocorrecciòn. Tesis doctoral. Unversidad Central de las Villas, 1992
 - 96.Domínguez B., Corso I., Silva A., Gattel R., Kassian A., Valderrama P., Torreblanca O. Hallazgos clínicos y epidemiológicos del impacto de variables psicológicas en la respuesta del sistema inmunológico en pacientes con dolor crónico. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional Psicología y Salud, México, jul 1990
 - 97.Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica.

- Rev.Soc.Esp.Dol. 7(2), 2000: 70-74
- 98.Gatchel RJ y Gardea MA. Psychosocial issues: their importance in predicting disability, response to treatment and search for compensation. *Nuerol.Clin.* 1999, feb17 (1):149-166
 - 99.Monti DA y Kunkel EJ. Managment of chronic pain among elderly patients. *Psycht.Serv.* 1998, dic. 49 (12): 1537-9
 - 100.Melzack R. Psychological aspects of pain. *Pain* 1980; 14: 143-154
 - 101.Kobasa S. C. Stressful life events, personality and health: an inquiry to hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979 (1), 1-11.
 - 102.Buckelew S.P., Shutty M.S. Jr., Hewt J., Landon T., Morrow K., Frank R.G. Locus of control, gender defferences and adjustment to persistent pain. *Pain*, 1990, sep. 42 (3): 287-294
 - 103.Wortman C.B., Dunkel-Schetter C. Interpersonal relationships and cancer; a theoretical analysis. *J. of Soc. Issues* 1979, 35 (1) 55-60
 - 104.Strauss A. L., Glasser BG . Chronic illness and the quality of life. St. Louis; C.V. Mosby, 1975
 - 105.Friedman BH, Thayer JF. Anxiety and autonomic flexibility: a cardiovascular approach . *Biol Psychol* 1998, Mar;47(3):243-63
 - 106.Kline JP, Bell I, Schwartz GE, Hau V, Davis T. Repressive and defensive coping styles predict resting plasma endorphin levels in the elderly. *Biol Psychol* 1998 Nov;49(3):295-302
 - 107.Donker Fjs. Tratamiento psicológico del dolor crónico. En Simón MA. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid:Biblioteca Nueva, 1999;537-56
 - 108.Rhudy JL, Meagher MW . Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999 Aug;11(8):881-6
 - 109.Pilowski I, Spence N. D. Ethnicity and Illness behavior. *Psychol. Med.* 1977; 7: 447-452.
 - 110.Cohen F. Personality, Stress and the development of physical illnes. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (eds): *Health Psychology*, San Francisco: Jossey-Bass, 1979. 217-232
 - 111.Trowell V y Levine M. The experience of chronic pain accounts by professionals and

- patients. Reconstructing health Psychology. First International Conferences on Critical and qualitative approaches to health psychology. Book of abstracts. St.John's, Newfoundland, Canadá, 1999
- 112.Cobb S. Social support as a mediator of lifestress. Psychosomatic Medicine 1976, 38 (5), 300-314.
 - 113.Cobb S. Erbe C. Social support for the cancer patient. Forum on Medicine 1978, 1 (8), 24-29.
 - 114.Cohen S., Mc Kay. Social support, stress and buffering hypothesis: a theoretical analysis, en A.Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (eds): Handbook of Psychology and Health, Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1984, 253-267
 - 115.Chrvala C.A., Weiner A.W. Need and availability as social support for the cancer patient. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Western Psychological Association, Reno, NV, sep 1993
 - 116.Dakof G.A., Taylor S.E. Victim's perceptions of social support; what is helpful for whom. Journal of Personality and Social Psychology 1990, 58: 80-89.
 - 117.De Vellis R.F., De Vellis B.M., Sauter S.V.H., Cohen J.L.Predictors of pain and functioning in arthritis. Health Education Research 1996 1, 61-67.
 - 118.Taylor SE, Aspinwall L. G. Psychosocial aspect of chronic illness . En P.T. Costa y G. R. Vanden Bos (eds). Psychological Aspects of serious illness; chronic conditions, fatal diseases and clinical care. Washington; American Psychological Association Master Lectures, 1990, 3-60
 - 119.Gil K.M., Keefe F.J., Crismon J.E., Van Dolfsen P.J. Social support and pain behavior. Pain 1993, 29, 209-217.
 - 120.Kerns R. D. Haythornwaite J. , Southwick S.. Giller E. L. Jr.The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptoms severity . Journal of Psychosomatic Research 1990, 34 (4): 401-408.
 - 121.Kurtner N. G. : Social ties, social support and perceived health status among chronically disabled people. Social Science and Medicine 1987, 25: 29-34.
 - 122.Hobfoll SE, Freedy J, Lane C y Geller P. Conservation of social resources: social support resource theory. J. of Soc. and Pers. Rel. 1990, 17:465-478
 - 123.Shumaker SA y Bronwell A. Toward a theory of social support, closing the conceptual

- gaps. J. of Soc. Issues, 1984, 40: 11-13
- 124.Lin N. The effect of social support. En N.Lin, A.Dean y W.Endsel (Eds.) Social support, life evenys and depression. Rrlando Fla: Academic Press, 1986
 - 125.Hobfoll SE, Shoham SB, Ritter C. Woman's satisfaction with the social support. J. of Pers. and Clin. Psychol. 1991, 61:332'341
 - 126.Schwarzer R y Leppin A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. J. of Soc. and Per. Rel. 1981, 9: 99'127
 - 127.Revenson TA y Majerovitz SD. Spouse's support provision to chronically ill patient. J. of Soc. and Per. Rel 1990, 51: 770-778
 - 128.Lane C y Hobfoll SE. How loss affects anger and alienates potential supporters. J. of Pers. and Clin. Psychol. 1993, 62: 63-80
 - 129.Liberman M. A. A group therapist perspective on self help group. Journal of Group Psychology 1990, 2: 187-194.
 - 130.Lipowskki Z. J. Chronic idiopathic pain syndrome. Annale Med. 1990, 22 (4), 231-217.
 - 131.Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain, a selective review. Journal of Psychosomatic Research 1989, 21: 121-131.
 - 132.Blanchard E.D. Andrasik F. Psychological assessment and treatment of headache; recent developmentes and emerging issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1980, 50: 859-879.
 - 133.Domínguez B. Manual de técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico. México D.F: Facultad de Psicología, UNAM., 1991
 - 134.Flor H., Turk D.C. Psychophysiology of chronic pain: the chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses. Psychological Bulletin 1989, 195 (2): 215-259.
 - 135.Selye , H. The stress of life. New York: Mc Graw-Hill, 1957
 - 136.Duffy E. Activation. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (ed.); Handbook of psychophysiology. New York: Rinehart y Winston, 1972: 321-345
 - 137.Martín M. La psicología de la salud en los hospitales clínico quirúrgicos: la experiencia cubana. Rev. Inf. Psicol. V Epoca, ago. 1998, 67: 12-17
 - 138.Martín M. y Grau J.A. Las contribuciones de la Psicología en la atención al dolor:

- problemas, métodos y perspectivas. México: Univ. de Sinaloa (en prensa)
- 139.Beecher H.K. Measurement of subjective responses. New York: Oxford University Press, 1959
 - 140.Boureau F., Lou M., Doubrere J.F. Problems posed by the evaluation of pain and its psychological aspects. *Neuphisiology Clinical* 1990, 20 (5): 357-368.
 - 141.Karoly O y Jensen M.P. Multimethod assessment of chronic pain. Oxford: Pergamon Press, 1987
 - 142.Turk D.C. y Rudy T. Assesment of cognitive facyors in chronic pain: a worthwhile enterprise. *J. Of Cons. and Clin. Psychol.* 1986, 6:760-768
 - 143.Jensen M.P., Karoly P., Brauer S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1991, 27: 117-126.
 - 144.Tursky B, Jamner L, D., Friedman R. The pain perception profile; a Psychosocial approach to the assesment of pain report. *Behav. Res Ther* 1982, 13: 376-394.
 - 145.Turk DC, Meichembaun D y Genest M. Pain behavior medicine: a cognitive behavioral perspective. New York: Guilford Press, 1987
 - 146.Jensen M.P.,Karoly P. Harris P. Assesing the affective component of chronic pain: development of the Pain Discomfort Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1991, 35 (2-3): 149-154.
 - 147.Gracely R.H., Mc Grath P., Duner R. Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain* , 1978, 5: 5-18.
 - 148.Jensen M.P., Karoly P., Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research* 1987, 31: 393-400.
 - 149.Martín M. Evaluación del enfermo con dolor crónico. Orientaciones prácticas. *Rev. Psic. de la Salud en Colombia*, 1996, 1 (1): 66-69
 - 150.Cronbach L.J. Fundamentos de la exploración psicológica . La Habana: Ed. Revolucionaria, 1968
 - 151.Zbororowsky M. People in pain. San Francisco: Joseey-Bass, 1969
 - 152.Sternbach R, A. , Turs Ky B. Ethnic differences among housewires in Psychophysiological and skin potencial responses to electrick shock. *Psychophysiology* 1965, 1: 241-246.

153. Tursky B; Sternbach R. A. Further psychological correlates of ethnic differences in responses to shock. *Psychophysiology* 1967, 4: 67-74.
154. Weisenberg M. Cultural and ethnic factors in reaction to pain. En Weisenberg M (De.) *Culture and Psychopathology*. Baltimore: University Park, 1982: 187-198.
155. Zola T.K. Culture and symptoms; an analysis of patients presenting complaints. *Am. Social Rev.* 1966, 31: 615-630.
156. Gutierrez de Pineda V. *Medicina Tradicional en Colombia. Magia, Religión, Curanderismo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1985.
157. Restrepo M. Atención primaria de salud: un reto para la Psicología de Colombia. *Rev. Psicología de la Salud en Colombia*, 1992, 1: 8-20.
158. Martín M, Grau J, Bosch F, Delgado C, Infante O, Tabio E, (1993): Dolor crónico y factores psicosociales. Identificación y manejo en la atención primaria. ECIMED. Ciudad Habana
159. Pérez San Gregorio M.A. y. Rodríguez Franco L: Intervención psicológica en el dolor crónico y en otros problemas derivados. Editorial. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 7, marzo 2000:67-68
160. Pérez Alvarez M: Psicoterapia de la Postmodernidad. *Rev. Papeles del Psicólogo: Época III*, 79, 2001::58-62
161. Entrevista con Héctor Fernández Alvarez. INFOCOP. Suplemento Informativo de *Papeles del Psicólogo*, 12:47-50, 2001
162. Davis J.M. International trends in health psychology. *Reconstructing Health Psychology. First International Conference on Critical and Qualitative approaches to Health Psychology. Book of abstracts*. St. John's, Newfoundland, Canadá, 1999
163. Grau J.A., Martín M. El enfoque multidisciplinario en el estudio de los enfermos crónicos: una revisión de las investigaciones psicológicas cubanas. *Rev. Psicología y Salud. Nueva Época*, ene-jun 1993, 1 (1), 137-150
164. Zaldívar D. *Teoría y Práctica de la Psicoterapia*. La Habana: Editorial del MES, 1991
165. Lazarus R. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford, 1991
166. Ardila, R.. *El futuro de la Psicología*. Bogotá: Ediciones Pedagógicas Latinoamericanas Ltda., 1984
167. Craig K.D. y Wychoff M. Cultural factors in chronic pain management. En: Burrow,

- Elto y Stanley (Eds). Handbook of Chronic Pain Managment. New York: Elsevier Service Publisher B.V., 1987.
- 168.Schulte D. Indicación de métodos terapéuticos. Problemas de la práctica clínica y de la investigación. Revista de Evaluación Psicológica (1)1-2, 1985, 267-281.
 - 169.Lezinger M. Kognitive prozesse bei der indika tionsstellung. En U.Bauman (De.: Indikitaion zur psychoteraphie. Munich: Urban & Schwarzenberg, 1981, 101-121.
 - 170.Cairo Valcárcel E. Análisis bibliométrico de la Revista Cubana de Psicología. Una modesta contribución a la tarea mayor: escribir la historia de la Facultad de Psicología de la UH. Rev.Cub.Psicol. 1998, 15(3):168-176.
 - 171.Jiménez Paneque R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana: ECIMED, 1998.
 - 172.Aubel J. Directrices para estudios en base a la técnica de grupos focales. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1996
 - 173.Souza Minayo, M.C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997
 - 174.Debus, M. HEALTH COM: Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1994.
 - 175.OPS. La investigación cualitativa y su importancia en la promoción de salud y educación para la prevención de la rabia. En : Orientaciones para la implementación y desarrollo de actividades educativas para la eliminación de la rabia transmitida por el perro. (División de prevención y control de enfermedades). OPS/OMS:1997, 29-38
 - 176.Gamboa M. Procesos de investigación participativa en salud. La Paz: Ministerio de Prevención Social y Salud Pública/OPS, 1993.
 - 177.Benoliel JQ. Advancing nursing science: qualitative approaches. Western J. Of Nursing Res. 1984, 6: 1-8
 - 178.Pope C y Mays N. Qualitative methods in health research. División de Epidemiolog{ia Bioestadística. Documento metodológico. OPS/OMS, 1999
 - 179.Silverman D. Doing Qualitative Research. London:SAGE Pub., 2000
 - 180.Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. Proposed International Guidel-lines for Biomedical research involving human subjects. Ginebra: 1982

- 181.Le Vertu D.S y Linares A.M. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe. Boletín de la OPS may-jun 1990, 108 (5-6):489-499
- 182.Pation MQ. How use qualitative methods in evaluation. En Yoddumnern-Attig B, Attig GA y Boonchalski W (Eds.): A field manual on selected qualitative research methods. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1987.
- 183.Pinillos, J.L.El uso científico de la experiencia interna. Evaluación Psicológica , 1985, 1 (1-2), 59-78.
- 184.Spielberger Ch.D. Assessment of state-trait anxiety. Conceptual and methodological issues. The Southern psychologist 1985, 2:6-16
- 185.Bustillos G, Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular. México D.F: IMDEC, 1992
- 186.Fiorini HJ. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión, 1992
- 187.Rogers C. Psicoterapia no directiva . Mexico D.F.: Bruguera, 1973
- 188.Federación Europea de delegaciones de la Asociación Internacional para el estudio del Dolor. Informe del Grupo de Trabajo sobre Normas y Educación. Rev.Soc. Esp.Dolor marzo-abril 1999, 2(6): 80-94
- 189.Chorny, A.H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. De. Med. Sal. 1990, 24(1):27-52
- 190.Asociación Internacional para el estudio del Dolor. Standards for physician fellowship in pain managment. Seattle: IASP, 1990.
- 191.Grupo Nacional de Psicología del MINSAP: Programa de Especialización Postgraduada en Psicología de la Salud. MINSAP, 1995.
- 192.Grupo Nacional de Psicología del MINSAP. Psicología 2000. Programa de Desarrollo. La Habana: ECIMED, 1990
- 193.Kleinman A., Eisenberg L.,Good B.: Culture, illness and care. Ann. Intern. Med. 1977, 88: 251-258
- 194.Kugelman R. Pain in the vernacular implications for Health Psychology. Reconstructing health Psychology. First Interntional Conferences on Critical and qualitative approaches to health psichology. Book of abstracts. St.John^s, Newfoudland, Canadá, 1999

195. Speckens AEM, Van Hemert AM, Bolk JH, Hawthorn KE y Rooijmans HGM. The acceptability of psychosocial treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *J. of Psychosom. Res.* 1996, 39(7):885-863
196. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1975, 1: 227-299
197. Tearman BH y Dar R. Physician ratings of pain descriptors: potential diagnostic utility. *Pain*, 1986, 26: 45-51
198. Maiani G y Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1985, 22:399-405
199. Kiss I, Muller H y Manfred A. The McGill Pain Questionnaire. German version. *Pain*, 1987, 29: 195-207
200. Lahuerta J, Smith B.A. y Martínez J.M. An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz* 1982, 3:132-134
201. Osorio R, Rodríguez M.L., Berrio G. Y Bejerano P. Adaptación y validación para nuestro medio del Cuestionario de Dolor de McGill. *Rev. De la Soc. Colombiana de Anestesiología* 1984, 13:25-33
202. Ketovouri H y Pontinen P.J. A pain vocabulary in Finnish: The Finnish pain questionnaire. *Pain* 1981, 11:247-253
203. Vandereit K, Adrianensen H, Cartont H y Vertommen H. The McGill Pain Questionnaire for the Dutch language (MPQ-DV): Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain* 1987, 30:295-408
204. Ruiz R. Spanish version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1993, 42:343-415
205. Steer RA, BDI AT y Garrison B. Application of the BDI. En N. Sartorius y T.A. Bend (Eds.) *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag, 1986: 123-142
206. Lugo I, Louro I Y Bayarre H. Validación de dos pruebas para medir depresión IDB y DAS en una muestra de población cubana. *Rev. Latinoam. de Psicología* (en prensa)
207. Rodin L, Craven J y Littlefield C. *Depression in the medically ill*. New York: Brunner/Mazel, 1991.
208. Salkind MR. BDI Depression Inventory in general practice. *J. Of the Royal College of Gen. Pract.* 1989, 18:267-271
209. Moffick HS y Paykel ES. Psychiatric disorders in the general hospital. *Brit. J. of*

- Psychiatry 1986, 149:172-190
- 210.Rucker L, Frye EB y Cygan RW. Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. Arch. Of Int. Med. 1986, 146:729-731.
 - 211.Bradley L.A. , Young L.D., Anderson K.D., Turner R.A., Agudelo C.A., Mc Daniel L.K., Pisko E.J., Semble E.L., Morgan T.M. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients; treatment outcome and six month follow up . Arthritis and Rheumatism 1987, 30, 110.5-1104.
 - 212.Wolfe F. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromialgia. Report of the Multicenter criteria comitte. Arth. Reum. 1990, 33:160-172
 - 213.Lencería R. Artrosis como causa de incapacidad laboral. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de la Habana: Instituto de Medicina del Trabajo, 1984
 - 214.Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychol. Measurement 1977, (1):385-401
 - 215.Philips HC, Grant L. The evolution of prevention of chronic problems, a longitudinal study. Behav. Res. Ther, 1991, 29 (5), 435-441.
 - 216.Block A., Kremer M. Behavioral treatment of chronic pain: the response as a discriminative for pain behavior. Pain 1980, 9, 243- 252.
 - 217.Kerns R. D., Finn P., Haythornwaite J. A. Self- monitored pain intensity: psychometrics and clinical utility. J.of Behavioral Medicine 1991, 11 (19), 71-81.
 - 218.Kerns R. D., Rudy T. E., Turk D. C.. The West-Haven Yale multidimensional pain inventory. Pain 1985 , 23, 345-356.
 - 219.Ferrer VA, Manasero MA y González R. Conducta anormal de enfermedad en pacientes con dolor crónico. Cuad.Med.Psicosomática, 1993 (2): 91-101
 - 220.J.Elorza, J. Casas y L. Casas. Aspectos psiquiátricos del dolor. En L.M.Torres (De.) Medicina del Dolor. Madrid:Masson, 1998: 187-204
 - 221.Bradley LA. Pain in patients with rheumatic disease. En A.R.Block, E.F.Kremer y E. Fernández (Eds.) Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives. New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers, 1999:23-41
 - 222.Linton SJ, Andersson T.Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal

- pain. Pain 2000 Nov;88(2):145-53
- 223.Martínez Vázquez de Castro J. ¿Cómo tratamos la fibromialgia? Rev.Sco.Esp.Dol., oct-nov. 2001, 8 (7): 511-514
- 224.Martín M y Grau J. GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico. Rev. El Dolor (Asociación Chilena para el estudio del dolor) 4(17) junio 1996: 19-26
- 225.Martín M, Zaz B, Grau J, Lence J. Confección de un cuestionario para la evaluación de los cambios en la actividad y las relaciones interpersonales en enfermos con dolor crónico: el E-DARI. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Psicología de la Salud. Palacio de Convenciones, Ciudad de la Habana, octubre 1994
- 226.García JC, Martín M, Cesar D, Bosh F. Utilidad del GEMAT para predecir la eficacia de diferentes tratamientos a los problemas de dolor crónico. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Psicología de la Salud. Palacio de Convenciones, Ciudad de la Habana, octubre 1994
- 227.Martín M. GEMAT II. Nuevo sistema evaluativo del dolor y la discapacidad. Rev.Soc.Esp.Dol.1, Suplemente dedicado al III Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor, 1996:1-5.
- 228.Fernández Ballesteros R. Evaluación psicológica y evaluación valorativa. Rev. Eval. Psicol. 1 (1-2), 1985: 7- 32
- 229.Bravo P.A. y González Durán R. Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. Rev.Soc. Esp.Dolor 8(2), abril 2001:48-70
- 230.Navarro J.J., Marchena E, González Majón D, Pallarés M.J. y Martín Carbonell M. Aspectos psicológicos del dolor . En L.M.Torres (Ed.) Medicina del Dolor. Madrid:Masson, 1998: 163-186

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DOLOR

NOMBRE: _____ HC: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN LA LINEA CONTIGUA LA PALABRA DE CADA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU DOLOR. SI EN ALGUNA CASILLA NO ENCUENTRA UNA PALABRA QUE SIRVA PARA DESCRIBIR SU DOLOR, DEJELA EN BLANCO

1. COMO PULSACIONES _____ COMO UNA SACUDADIDA _____ COMO UN LATIGAZO _____	8. TEMIBLE _____ ESPANTOSO _____ HORRIBLE _____
2. CALIENTE _____ ARDIENTE _____ FRIO _____	9. QUE MAREA _____ SOFOCANTE _____
3. COMO UN PELLIZCO _____ OPRESIVO _____ RETORTIJON _____ ESPASMO _____ ENTUMECIMIENTO _____ AGARROTAMIENTO _____ CALAMBRE _____	10. MORTIFICANTE _____ QUE ATORMENTA _____ VIOLENTO _____
4. PUNZANTE _____ AGUDO _____ PINCHAZO _____ PENETRANTE _____	11. INCAPACITANTE _____ AGOTADOR _____ EXTENUANTE _____
5. TIRANTE _____ COMO UN DESGARRO _____ PESADO _____ TENSO _____	12. QUE IRRITA _____ INCOMODO _____ QUE CONSUME _____
6. INTERNO _____ SUPERFICIAL _____ PROFUNDO _____ DIFUSO _____ FIJO _____ QUE SE IRRADIA _____	13. DEPRIMIENTE _____ DESESPE4RANTE _____ QUE ANGUSTIA _____ AGOBIANTE _____ QUE OBSESIONA _____

MARQUE CON UNA CRUZ (x) LA CATEGORIA QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE SU DOLOR

0 SIN DOLOR _____
 1 LEVE _____
 2 MOLESTO _____
 3 FUERTE _____
 4 INTENSO _____
 5 INSOPORTABLE _____

MARQUE UNA CRUZ (X) SOBRE LA RAYA INDICANDO CUANTO DOLOR TIENE ACTUALMENTE

SIN DOLOR _____ DOLOR _____
 INSOPORTABLE _____

ANEXO 2

Distribución de los casos que aparecen clasificados en la categoría DESOCUPADOS.

(Investigación: Utilidad del BDI para el diagnóstico de la depresión en pacientes con dolor crónico)

Ocupación	Número de casos		% del total de desocupados
Amas de casa	AR	18	31.5
	Fibromialgia	8	
	Mixtos	6	14
			10.5
Jubilados	AR	14	24.5
	Fibromialgia	6	
	Mixtos	1	10.5
			1.8
Sin empleo	AR	1	1.8
	Fibromialgia	-	
	Mixtos	1	-
			1.8

ANEXO 3.

Tablas que resumen los resultados del análisis factorial y discriminante
(Investigación: Utilidad del BDI para el diagnóstico de la depresión en pacientes con dolor)

Resultados asociados al primer factor

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA:
C	+	9	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
E	+	4	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
F	+	15	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
G	+	19	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
I	+	18	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
B	+	20	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
A	+	14	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
U	+	24	EDAD, SEXO, OCUP, ESC
D	+	8	EDAD, SEXO, OCUP, ESC

Resultados asociados al factor 2

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA:
OCUPACION	+	1	IDARE, BECK
ESCOLARIDAD	+	5	IDARE, BECK SEX

Resultados asociados al factor 3

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA:
Q	–	8	J,L,R,S,ED,ES,OC
O	–	16	C,J,R,ED,SEX,ES,OC
T	–		L,N,S,ED,ES,OC
K	–	3	N,R,S,ED,OC
H	–	6	A,J,R,S,ED,SEX,OC

Resultados del asociados al factor 4

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA
R	+	17	IDARE,ED,SEX ES,OC,N,O,Q,U
S	+	7	IDARE,ED,SEX, ES,OC

Resultados asociados al factor 5

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA:
N	+	23	ED,SEX,ES,OC,C,J,K,R, T
L	+	17	ED,SEX,ES,OC, Q,S,T,U,V
M	+	21	ED,SEX,ES,OC

Resultados asociados al factor 6

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA :
J	+	22	ED,SEX,ES,OC,E,G,H,N,O,Q,R,S,U
IDARE-R	+	7	ED,SEX,ES,OC
IDARE-E	+	10	ED,SEX,ES,OC, R,S
P	+	12	ED,SEX,ES,OC

Resultados asociados al factor 7

VARIABLES DEL FACTOR	SENTIDO DE LA CONTRIBUCION	ORDEN DISCRIMINANTE	RELATIVA INDEPENDENCIA:
EDAD	-	16	DE TODAS LAS VARIABLES EXCEPTO DE ESC Y OC
SEXO	+	11	A,B,C,E,F,G,H,J,L,M,N,O,R,S,EDAD, ESC

ANEXO 4

ESCALA DOLOR -ACTIVIDAD-RELACIONES INTERPERSONALES (E-DARI)

SECCION I:

A continuación aparecen 12 preguntas acerca de su problema de dolor. Lea cuidadosamente cada una de ellas y rodee con un círculo el número de la escala que mejor indique como se aplica Ud. cada cuestión en particular.

1. ¿ En qué medida le interfiere el dolor en la realización de sus actividades diarias?

0 1 2 3 4 5 6

SIN INTERFERENCIA

INTERFERENCIA EXTREMA

2. Desde el inicio del dolor , cuanto ha cambiado su habilidad para el trabajo?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

3. La satisfacción que Ud. Pudiera sentir al participar en actividades recreativas y sociales, ¿ en qué medida ha cambiado como consecuencia de su dolor?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

4. ¿Cuál es el nivel de ayuda o apoyo que le porta su esposo(a) (u otra persona similar) en relación a su dolor?

0 1 2 3 4 5 6

NINGUN APOYO

APOYO EXTREMO

5. ¿En qué medida su dolor ha cambiado su habilidad para participar en actividades recreativas o sociales?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

6. ¿En qué medida su dolor ha influido en sus relaciones familiares?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

7. ¿Qué nivel de preocupación tiene su esposo (a) (u otra persona similar) en relación a su problema de dolor?

0 1 2 3 4 5 6

NADA PREOCUPADO

EXTREMADAMENTE PREOCUPADO

8. ¿En qué medida han cambiado sus relaciones de pareja como consecuencia de su dolor?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

9. ¿En qué medida el dolor ha afectado la satisfacción que Ud. Pudiera sentir en su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6

SIN CAMBIO

CAMBIO EXTREMO

- 10.¿Qué atención le presta su esposo (a) (u otra persona similar) a su problema de dolor?

0 1 2 3 4 5 6
 NINGUNA ATENCION ATENCION EXTREMA

11.¿Cuánto ha cambiado su dolor su habilidad para realizar trabajos domésticos?

0 1 2 3 4 5 6
 SIN CAMBIO CAMBIO EXTREMO

12.¿Cuánto ha cambiado su dolor las relaciones con sus amistades o con otras personas que no pertenecen a la familia?

0 1 2 3 4 5 6
 SIN CAMBIO CAMBIO EXTREMO

SECCION II

En esta sección estamos interesados en conocer cómo le responde su esposo(a) (u otra persona similar). En la escala que aparece debajo de cada pregunta rodde con un círculo el número que mejor indique como le responde esta persona normalmente cuando Ud. Siente dolor.

1. Me ignora

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

2. Me pregunta qué puede hacer para ayudar

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

3. Lee para mí

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

4. Expresa irritación hacia mí. Se molesta conmigo.

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

5. Asume mi trabajo u obligaciones

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

6. Me habla de otra cosa para que se me olvide el dolor

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

7. Se siente defraudado conmigo

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

8. Trata de que yo pueda descansar

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

9. Trata de vincularme en alguna actividad

0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

10. Expresa afecto hacia mí
 0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO
11. Busca algunos medicamentos para mi dolor
 0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO
12. Me anima para que me entretenga con algo
 0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO
13. Me busca algo de comer o beber
 0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO
14. Enciende la TV para que me distraiga de mi dolor
 0 1 2 3 4 5
 NUNCA MUY A MENUDO

SECCION III

A continuación aparecen 17 actividades diarias comunes. Por favor, indique la frecuencia con que Ud. Realizaba cada una de estas actividades antes de la aparición del dolor y también la frecuencia con que las realiza ahora.

1. Fregar
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
2. Ir a una reunión social
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
3. Jugar al dominó, a las cartas, etc
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
4. Hacer los mandados
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
5. Ordenar escaparates u otras cosas personales en la casa
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
6. Ir al cine o a un espectáculo
 ANTES 0 1 2 3 4 5
 AHORA 0 1 2 3 4 5
7. Visitar amigos

ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
8. Limpiar la casa						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
9. Cuidar de algún familiar						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
10. Coger el ómnibus						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
11. Visitar parientes						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
12. Hacer la comida						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
13. Cuidar de algún animal doméstico						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
14. Hacer viajes						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
15. Ir al parque, al campo o a la playa						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
16. Lavar la ropa						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5
17. Trabajar en una reparación necesaria en la casa						
ANTES	0	1	2	3	4	5
AHORA	0	1	2	3	4	5

Anexo 5

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR GEMAT

Nombre: _____ Fecha: _____ Grado de escolaridad _____ Ocupación _____
 Estado civil _____ Edad _____ HC _____

I) Usted tiene este dolor hace (marque con una (X) la respuesta):

Menos de 3 meses _____, de 3 meses a 1 año _____, de 1 a 2 años _____, mas de 2 años _____.

II) Con que frecuencia tiene este dolor?

algunas veces al mes _____, casi nunca _____, casi todos los días____,
 constantemente, no se quita nunca _____.

III) Escriba en que parte del cuerpo tiene Usted este dolor:

IV) A continuación le presentamos un grupo de actividades de su vida cotidiana. Marque con una cruz (X) la frecuencia con que Usted tiene limitaciones para realizar cada una de ellas a causa de este dolor:

Actividades	Nunca o casi nunca (0)	a veces (1)	Frecuentemente (2)	Siempre (3)
Aseo personal				
Quehaceres del hogar				
Adquisición de producto para el hogar				
Utilización del transporte público				
Sueño				
Relaciones sexuales				
Actividad laboral				
Recreación				

V. Conteste verdadero (V) o falso (F) a las siguientes oraciones. No se guíe por lo que otros le hayan dicho, sino por su propio criterio personal.

1. Este dolor es insoportable, no vale la pena vivir así
2. Preferiría morir supiera que siempre voy a tener este dolor
3. Este dolor me limita para las cosas mas importantes para mí
4. Este dolor es muy molesto, me limita en casi todas las cosas de la vida
5. Puedo soportar este dolor, aunque sufro mucho
6. Aunque siento dolor, puedo hacer mi vida normal, casi sin dificultad
7. Este dolor me limita para algunas cosas de la vida, pero no para todas

VI) Marque con una cruz (X):

Estoy así	Desde mucho Antes de que Aparecieran Los dolores	Después que Desaparecieron Hasta la fecha	En el momento Que tengo dolor	No en lo Absoluto
1. Estoy intranquilo				
2. Siendo miedo por cualquier cosa				
3. Pienso que algo malo va a suceder				
4. Tengo taquicardia				
5. Tengo salto en el estómago				
6. Tengo sudoraciones				
7. Siento temblores				
8. Me siento triste				
9. Me siento tenso y alterado				
10. Lloro fácilmente				
11. He pensado que mejor es morir				
12. A veces pienso que no soy útil				
13. Me fatigo fácilmente				
14. Me siento cansado (a)				

VII) Marque con una cruz (X) la respuesta que más se ajusta para describir su comportamiento cuando Usted tiene dolor:

	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)	Casi siempre (3)
1. Tomar algún medicamento				
2. Descansar, hacer reposo				
3. Cambiar a otra actividad que sienta menos dolor				
4. Darse masajes, fricciones, ponerse fomentos				
5. Pedir ayuda a otras personas				
6. Disminuir las luces y ruidos a su alrededor				
7. Evitar ciertas comidas y bebidas				
8. Seguir haciendo todas las tareas aguantando el dolor				
9. Quejarse. Lamentarse				
10. Llorar				
11. Comentar con otra persona que tiene dolor				
12. Rezar				
13. Distraerse, no pensar en el dolor				
14. Tratar de dominar el dolor, ser mas fuerte que él				
15. Tomar alcohol				

VIII) Conteste verdadero (V) o falso (F). No se guíe por lo que otros le hayan dicho, sino por su propio criterio personal.

1. Yo conozco las cosas que puedan desencadenar este dolor
2. Yo se cuando me va a dar el dolor y generalmente lo puedo evitar
3. Yo no se cuando ni porqué me va a dar este dolor, me coge de sorpresa
4. Yo se cuando me va a dar el dolor, pero no puedo hacer nada por evitarlo
5. Este dolor me da cada cierto tiempo, sin que yo pueda hacer algo por evitarlo
6. Este dolor se me va a curar pronto
7. Este dolor se va a curar, pero pasará bastante tiempo
8. Nunca dejaré de sentir este dolor
9. Yo puedo hacer cosas que me quiten el dolor
10. Yo puedo hacer cosas para que este dolor no me limite mi vida
11. Yo puedo hacer cosas (o dejar de hacer) para que no me dé este dolor
12. Este dolor es mas fuerte que yo
13. No puedo controlar este dolor ni evitarlo
14. No puedo evitar este dolor, me limita mi vida

IX) Señale, de la siguientes áreas de su vida, en cuales está Usted insatisfecho:

Trabajo _____ Estudios _____ Familia _____
 Relaciones interpersonales _____ Pareja _____ Otras: _____,
 Cuales? _____

X)Cuál de estas situaciones ha observado Usted que están relacionadas con el inicio del dolor?

Discusiones (familiares) _____ Problemas económicos _____
 Problemas laborales _____ Trabajo excesivo _____
 Problemas con la pareja _____ Trastornos del sueño _____
 Dificultad para alcanzar metas _____ Actividad física _____
 Otras _____, Cuales? _____

XI) Enumere aquellas actividades que favorecen la aparición del dolor:

XII) Enumere las actividades en las que generalmente non se presenta el dolor:

XIII) Conteste lo que sucede cuando Usted tiene el dolor:

	Nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)	Siempre o casi siempre (3)
1. Recibo consuelo de los familiares mas cercanos				
2. Me ayudan en los quehaceres domésticos				
3. Disminuyen las discusiones en el hogar				
4. Mis familiares me complacen y consideran				
5. Tengo mas compañía de mis familiares				
6. Disminuyen las exigencia en mi trabajo o estudio				
7. Recibo ayuda de mi compañeros de trabajo o de estudio				
8. Me consideran en el trabajo o escuela				
9. Mi pareja me exige menos en las relaciones sexuales				
10. Recibo ayuda económica				
11. No puedo asistir al trabajo o escuela				
12. Me prestan mas atención				