03
2018

NOTAS DE CLASE

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

Diana Marcela Sarmiento Mora
Universidad Cooperativa de Colombia
Seccional Barrancabermeja

Documentos de docencia | Course Work
Coursework.ucc.edu.co
Nº 3, julio de 2018
doi: https://doi.org/10.16925/greylit.2389

NOTA LEGAL
El presente documento de trabajo ha sido incluido dentro de nuestro repositorio de literatura gris por solicitud del autor, con fines informativos, educativos o académicos. Asimismo, los argumentos, datos y análisis incluidos en el texto son responsabilidad absoluta del autor y no representan la opinión del Fondo Editorial o de la Universidad.

DISCLAIMER
This coursework paper has been uploaded to our grey literature repository due to the request of the author. This document should be used for informational, educational or academic purposes only. Arguments, data and analysis included in this document represent authors' opinion not the Press or the University

EDICIONES
Universidad Cooperativa de Colombia

NOTAS DE CLASE

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

Diana Marcela Sarmiento Mora

Acerca de la autora

Diana Marcela Sarmiento-Mora, maestranda en psicología clínica y de la salud mental del Instituto Superior de Estudios Psicológicos – ISEP, Barcelona, España. Especialista en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, profesora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Barrancabermeja, Santander, Colombia.
Correo electrónico:
diana.sarmientom@campusucc.edu.co

Cómo citar este documento

Sarmiento-Mora, D. M. (2018). *Intervención psicológica del dolor crónico*. (Documento de docencia N° 3). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. Doi: https://doi.org/10.16925/greylit.2389

Este documento puede ser consultado, descargado o reproducido desde nuestro repositorio de documentos de trabajo (http://coursework.ucc.edu.co) para uso de sus contenidos, bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 6

Propósito de la nota de clase 7
Recomendaciones prácticas 7

Prefacio 8

Unidad 1. Teorías explicativas del dolor 9

Actividad práctica 11
Referencias 12

Unidad 2. Variables psicológicas en la percepción del dolor 13

Actividad práctica 15
Referencias 15

Unidad 3. Técnicas de evaluación psicológica del dolor crónico 16

La entrevista 16
Actividad práctica 17
Referencias 18

Unidad 4. Intervención psicológica del dolor crónico 19

Técnicas cognitivas 19
El entrenamiento autoinstruccional de Meichembaum 20
Otras técnicas complementarias 20
Actividad práctica 21
Referencias 21

03 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR CRÓNICO

Diana Marcela Sarmiento Mora

Resumen

La presente nota de clase tiene como objetivo contribuir a la comprensión del trastorno por dolor crónico, siendo este una alteración que genera consecuencias a nivel social, individual y económico, ocasionando en el sujeto que lo padece la necesidad de consultar continuamente al médico, asumiendo altos costos en procedimientos para la disminución del dolor. Cabe resaltar que la definición de este tipo de alteraciones ha venido cambiando con el transcurrir del tiempo, en consecuencia, la comprensión de su origen también se ha ido reformulando, incorporando el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), quien concibe la dicotomía entre salud y enfermedad, desde el reconocimiento de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Por consiguiente, es importante que el psicólogo en formación comprenda la forma como se manifiesta este trastorno en el sujeto, y se interese en desarrollar las competencias necesarias y suficientes para la adecuada intervención, a partir de una pertinente conceptualización, teorización e identificación de técnicas, desde el modelo cognitivo conductual que contribuyen a la disminución de la sintomatología.

Palabras clave: dolor crónico, enfermedad, intervención, modelo biopsicosocial, salud.

Introducción

La concepción de la enfermedad ha cambiado a raíz de las diferentes conceptualizaciones que se han realizado acerca del origen de la patología, hoy por hoy se reconoce la importancia de los factores psicológicos y sociales en la comprensión de esta, generando la necesidad de crear estrategias y técnicas terapéuticas que contribuyan al bienestar físico y psicológico de las personas. García (2001) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Así mismo, el trastorno por dolor crónico ha sido estudiado y analizado desde diferentes campos interdisciplinarios, encontrando una mayor efectividad de los procesos de intervención en los que intervienen médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y hasta cirujanos, siendo la amputación de un miembro, parte del procedimiento para retirar la presencia de dolor.

Collado, Torres, Arias, Ruiz y Muñoz (2004) analizaron la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinar en pacientes seleccionados con dolor crónico incapacitante, en situación de baja laboral refractario a tratamiento convencional, encontraron que al finalizar el tratamiento se observaron reducciones significativas de la sintomatología dolorosa, depresiva y de ansiedad, así como un incremento significativo de la capacidad funcional. Estudios como este demuestra la importancia de contemplar la intervención desde las diferentes áreas de la salud, aportando a la disminución del malestar y del deterioro en las diferentes áreas del ser humano.

Según el estudio realizado por Guerrero y Gómez (2014) con relación a la prevalencia del dolor en Colombia, se encontró que de 1583 personas encuestadas el 76% respondió que sí ha sufrido algún tipo de dolor en los últimos seis meses y tan sólo el 24% dijo que no. Los dolores más frecuentes en los colombianos son: osteomusculares (64.5%), craneofacial (23,3%), abdomen (7.8%) y, pecho y tórax (3.3%). Los dolores osteomusculares son más frecuentes en los miembros inferiores (28.8%), espalda (23.6%), miembros superiores (13.2%) y cuello (11,9%). Las personas que respondieron sentir dolores craneofaciales, el 97.3% afirmaron que son en la cabeza, de los cuales, el 2,8% sintieron dolor crónico. En los niveles de intensidad del dolor, el 41% de los encuestados aseguraron sentir dolor severo, el 39% moderado y el 20% leve. Las características del dolor fueron clasificadas como somático, neuropático y visceral. De los somáticos el 63.7% respondió que se incrementa al moverse o realizar actividad física, seguido de los punzantes (52.5%), presión (50.5%) y pulsátil (41.1%).

Los neuropáticos están encabezados por algún tipo de corrientazo con un 39.5%, sensación de alfileres o agujas (34.5%), ardor o quemazón (27.9%) y con el roce (22%). En los viscerales el 14% respondieron que el principal causante es por cólicos. Cuando se les pregunto si han recibido tratamiento para controlar el dolor, el 70% dijo que si y el 30% dijo que no. La mayoría fueron tratados con medicamentos (94.5%), seguido por lo que optaron por remedios caseros (46.6%), fisioterapia (40.9%), medicina alternativa (29.7%), cirugía (17%) y bloqueos (12.6%). Según los encuestados estas dolencias han afectado en varios aspectos de la vida, la mayoría de los pacientes respondieron que fueron afectados en su trabajo (36%), seguido de las emociones (34.1%), sueño (33.3%), vida social (27.3%) y vida sexual (21.9%) (pp. 39-43).

Estos porcentajes resaltan la importancia de que los psicólogos en formación desarrollen competencias que contribuyan a la intervención tanto en la práctica individual como en acciones llevadas a cabo desde la practica en salud pública, siendo esta una problemática que genera afectación tanto a nivel individual como social. Por consiguiente, esta nota de clase propenderá por brindarle al estudiante la

conceptualización del dolor y su tipología, las técnicas para evaluar el dolor crónico y las diferentes estrategias que puede utilizar desde el modelo cognitivo conductual para el afrontamiento e intervención de este. Con el propósito de que el estudiante interiorice los conocimientos y los ponga en práctica en pro del bienestar de sujeto con diagnóstico de dolor crónico, deberá realizar ejercicios prácticos en los que ponga a prueba sus conocimientos.

PROPÓSITO DE LA NOTA DE CLASE

El objetivo de esta nota es orientar al estudiante de psicología en el entendimiento del dolor crónico desde el modelo biopsicosocial, comprendiendo los factores que influyen en la permanencia de síntomas, en aras de implementar una intervención pertinente para cada caso. Al seguir y desarrollar la guía, el estudiante podrá realizar una mayor comprensión del dolor crónico e identificará qué estrategias puede llevar a cabo en la intervención de este.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Esta nota de clase está formulada en un lenguaje técnico pero comprensible para el estudiante, de manera que pueda realizarla satisfactoriamente, adquiriendo los conocimientos necesarios con relación a las características principales del trastorno por dolor crónico, las formas de evaluarlo y las diferentes estrategias de intervención psicológica que puede utilizar, desde el modelo teórico cognitivo conductual. El contenido de cada unidad tendrá la siguiente estructura:

- Un breve prefacio, el cual contiene un panorama general del contenido.
- Objetivos (constituyen las competencias a desarrollar).
- Una actividad didáctica (estas actividades tienen como objetivo facilitar el proceso de interiorización de manera permanente y no transitoria de la Información).
- Referencias.
- Lecturas complementarias.

Prefacio

Es necesario iniciar diciendo que el dolor crónico es más común de lo que pareciera, de hecho, es considerado un problema de salud pública que genera altos costos, tal como se evidencia en el estudio realizado en Colombia, en el cual, las cifras de prevalencia de dolor lumbar no son muy diferentes a las mundiales, se reportó que el dolor lumbar era la tercera causa de consulta en los servicios de urgencias y la cuarta causa en consulta externa en medicina general. Es la primera causa de reubicación laboral y la segunda causa de pensiones por invalidez, encuestas hechas por Asociación Colombiana para el Estudio de Dolor (ACED), en las que se evidenciaron que el 13 % de las personas manifestaron dolor de espalda en el último mes y el 80 % alguna vez en su vida. Los reportes del Ministerio de la Protección Social en su análisis de la situación en salud de poblaciones diferenciales relevantes en el 2013, que se basa en los RIPS muestra que el diagnóstico M545 (lumbago no especificado) es una de las diez causas comunes en consulta externa e ingreso al servicio de urgencias. En el 2003 y 2005 el ministerio de la Protección Social reportó que el dolor lumbar y trastornos del disco intervertebral lumbar ocupó el 22 % del total de las enfermedades profesionales, siendo la segunda causa y afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres con costos de atención entre $12 000 y $22 000 000. Estos dolores son la segunda causa de invalidez debido a que una persona con este problema, puede buscar por diferentes medios el alivio a su dolor sin importar el gasto que realice en medicamentos o tratamientos caseros o visitas a especialistas, sin hallar la mejoría de sus síntomas.

Por consiguiente, es importante que el estudiante en formación, se interese por la comprensión e intervención de este tipo de alteración, partiendo del reconocimiento de las implicaciones en la salud pública y en el bienestar individual.

Es por esto por lo que esta guía está construida para que el estudiante inicie por la conceptualización adecuada del trastorno y al finalizar conozca las diferentes estrategias y técnicas que puede emplear en la intervención de dicha patología.

A continuación, se presenta una síntesis de lo que el estudiante ira reconociendo a partir de lo que vaya trabajando en cada unidad.

- **Unidad 1. Teorías explicativas del dolor:** en este apartado el estudiante encontrará los diferentes planeamientos y teorías que han contribuido a lo largo de la historia en la conceptualización y comprensión del dolor crónico.

- **Unidad 2. Variables psicológicas en la percepción del dolor:** el contenido de esta unidad demuestra como el dolor crónico no puede seguir entendiendo desde el modelo biomédico, ya que existen factores psicológicos que influyen en la percepción y sensación del dolor y, que, al ser atendidos, podrían generar estrategias de afrontamiento adaptativas e ideas más racionales, respecto a los síntomas.

- **Unidad 3. Evaluación psicológica del dolor crónico:** este contenido le permitirá al estudiante conocer las diferentes estrategias de evaluación psicológica del dolor crónico, de manera que la intervención sea ajustada a las características del sujeto, analizando los diferentes aspectos psicológicos que corresponden a las variables causales o consecuencias que mantiene la presencia del dolor.

- **Unidad 4. Intervención psicológica del dolor crónico:** para este momento el estudiante sentirá que es la hora de conocer cómo intervenir y qué hacer con una persona que presenta dolor crónico.

Unidad 1. Teorías explicativas del dolor

Cabe mencionar que el inicio de la comprensión de la enfermedad se remonta al modelo biomédico. Descartes (citado por Legee, 1987) afirma. "Hay además algunas cosas que experimentamos en nosotros mismos y que no deben ser atribuidas al alma sola, ni tampoco al cuerpo solo, sino a la estrecha unidad que ambos forman (…) Tales son ciertas sensaciones como el dolor". Al seguir esta perspectiva, propone que el dolor es una respuesta automática a un estímulo externo, señalando la conexión que existe de la sensación de la piel, volviéndolo un impulso eléctrico que viaja a través de la medula espinal, hasta llegar al cerebro, en el que se percibe la sensación de dolor (ver figura 1).

Figura 2. figura que se utilizó para ilustrar la respuesta refleja publicada en el *Traité de l'homme*. publicado por Pizarro, F (2014). Tomada de Descartes: su aporte al entendimiento del dolor. *Revista Médica Clínica Condes, 25(4), 716.*

Este enfoque consistió hasta el siglo xx en la explicación a la presencia del dolor, restándole importancia a aspectos como la ansiedad y la depresión, las cuales eran entendidas como consecuencias del dolor, pero no se hallaba una relación causal. Sin embargo, este modelo no podía explicar la presencia del dolor del miembro fantasma, el cual consiste en la presencia de dolor en personas que han sufrido alguna amputación de alguno de sus miembros; refiriendo en algunos casos hormigueos, punzadas o como si se torciera su extremidad amputada, sensación que no puede explicarse desde el modelo biomédico ya que los terminales sensoriales y los tejidos ya no están presentes.

Camacho y Anarte (2003), citaron a Melzack y Wall (1965), uno psicólogo y el otro anatomista, quienes proponen la teoría de la puerta, forjando un avance notable en la comprensión del dolor, ya que deja de ser visto como un daño tisular, sino como un proceso complejo que vincula tanto el daño tisular como el estado emocional, los aspectos y factores motivacionales y de reforzamiento, así como por factores atencionales

La teoría de la puerta propuesta por Melzack (1975), sostiene que el impulso eléctrico que recorre la medula espinal puede ser impedida, formulando que: "la actividad neural aferente de los nocioceptores periférico esta modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa cómo una puerta que impide o no el paso de los impulsos nervioso que proceden de los nocioceptores del córtex" (1975). Dicho en otras palabras, así como hay la posibilidad neurobiológica de abrir la puerta al dolor, también hay la posibilidad de cerrar la puerta e inhibir la respuesta de dolor. Por consiguiente, esta teoría tiene en cuenta la experiencia subjetiva del dolor, la ansiedad, el miedo, el estrés, como factores adicionales que pueden abrir la puerta al dolor, debido a su respuesta en el sistema nervioso, con participación directa del sistema límbico y la formación reticular, enviando la información a la medula espinal para modular la experiencia de dolor.

Esta teoría puede explicar cómo pueden suceder lesiones graves que solo son percibidas y sentidas posterior a un descenso de la actividad física y del nivel de excitabilidad enérgica, producto de la adrenalina. Por ejemplo, un jugador de tenis puede torcerse un tobillo durante el juego, pero no notar la lesión a causa de la excitación y concentración en el juego; sin embargo, una vez terminado el juego el sujeto toma conciencia de la sensación de dolor que se produce en su tobillo abriendo la puerta al dolor. Melzack y Casey (1968) propusieron tres dimensiones fundamentales que han permitido comprender la relación entre factores psicológicos y fisiológicos del dolor, estas son:

a. La dimensión sensorial-discriminativa: hace referencia a la transmisión de la estimulación nociva (térmica, mecánica o química) que activa los nocioceptores y que explica la naturaleza del dolor y su localización en el organismo.

b. Dimensión afectivo- emocional: hace referencia a la expresión subjetiva que hace el sujeto cuando lo califica como desagradable o nocivo. Según sea el adjetivo se pueden generar estados de ansiedad y respuestas de escape y/o evitación.

c. Dimensión cognitivo-evaluativa: hace referencia a los pensamientos, ideas y creencias que tiene el sujeto, respecto a lo que está sintiendo.

Otra teoría que explica la presencia de dolor crónico es la de Pérez-Pareja, Borrás, Sesé y Palmer (2005), quienes identifican que el dolor es mantenido por pautas evitativas que generan que el dolor se vuelva constante en el sujeto, generando que pase a ser un dolor agudo. Así mismo, existen varias teorías explicativas acerca de la presencia del dolor crónico en las personas, una de ellas es la teoría de miedo evitación planteada por Vlaeyen y Linton, citados por Esteve y Ramírez (2013), quienes exponen que la presencia de miedo puede generar la cronicidad del dolor que inicialmente comenzó siendo agudo, propio de la afectación física, sin embargo, diferentes estudios prospectivos pueden proporcionar una evidencia más sólida respecto al valor del miedo al dolor como factor de riesgo (Pincus, Burton, Vogel y Field, 2002).

Estos estudios han demostrado que la presencia de esta emoción, sumado al hecho de pensar que este malestar puede durar para toda la vida (catastrofismo) –ver figura 2–, incrementa la posibilidad de que el sujeto lleve a cabo acciones evitativas, minimizando la probabilidad de evitar a nivel social u ocupacional diferentes situaciones que puedan generar la posibilidad de que el dolor se vuelva a presentar, generando una influencia directa en la comorbilidad con estados depresivos o ansiosos.

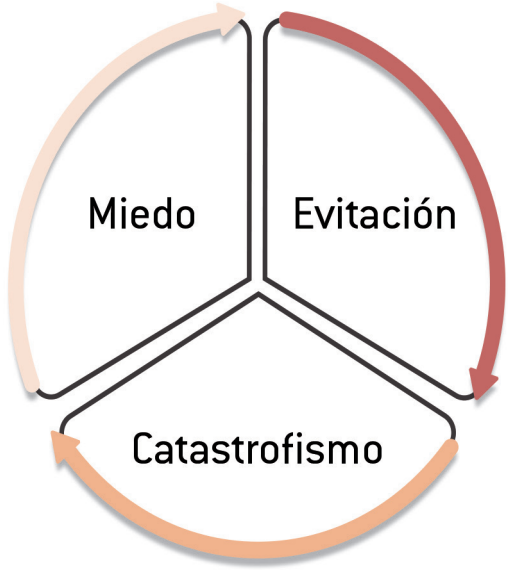

Figura 2. Teoría del miedo – evitación. Modelo miedo-evitación del dolor. Elaboración propia partir Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art, por Vlaeyen y Linton, en *Pain* 85, 2000.

Para comprender más la influencia de la evitación en la presencia del dolor crónico es necesario hacer una diferenciación entre la evitación física y la social. La primera consiste en la inactivación física o la minimización del movimiento a causa de un dolor, esto genera que los músculos se debiliten y pierdan su tonicidad

aumentando la sensación del dolor. La segunda reside en que por causa del dolor la persona se aísla, deja de compartir escenarios sociales que anteriormente le generaban placer, generando a *posteriori* sentimientos de frustración y posibles alteraciones emocionales que terminan por incrementar el dolor. Un aspecto importante en este modelo es el catastrofismo, una creencia que influye directamente en el mantenimiento de la sensación del dolor (Sullivan, Tanzer, Stanish, Fallaha, Keefe, Simmonds, y Dunbar, 2009), –ver figura 3–. Por otro lado, la dependencia al medicamento, el cual se convierte en la mayoría de los casos en un efecto placebo que conlleva a que la persona desarrolle habituación y dependencia generando tolerancia al medicamento, al grado de tener que aumentar la dosis hasta

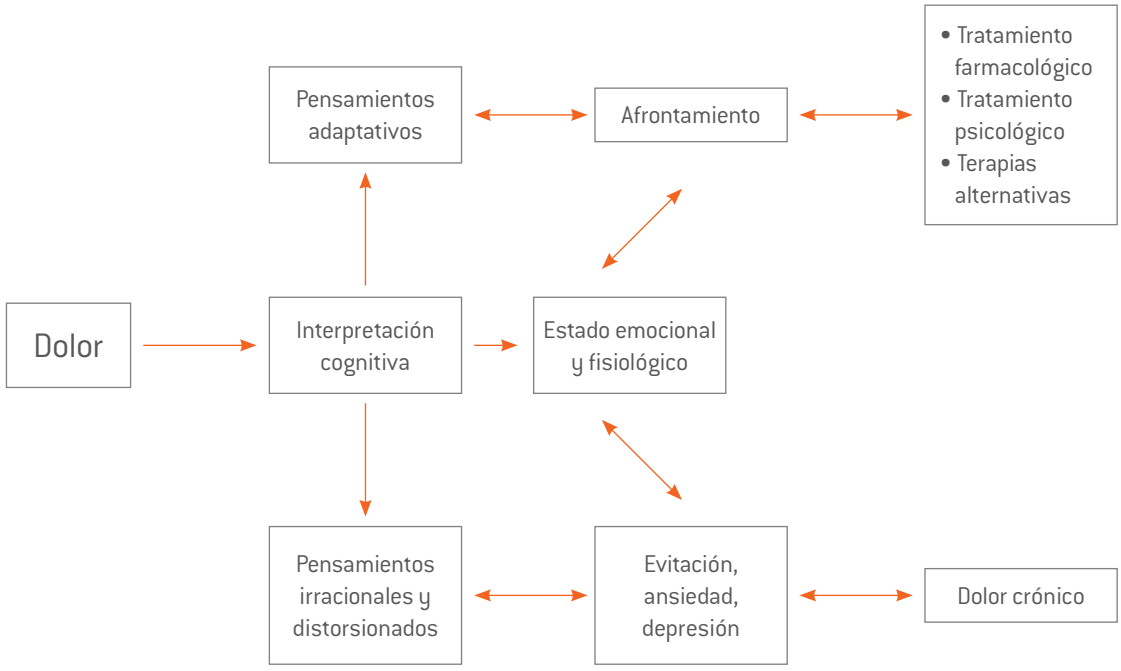

Figura 3. Relación de las variables cognitivas, emocionales y conductuales en la presencia del dolor crónico. Elaboración propia.

ACTIVIDAD PRÁCTICA

Se llevará a cabo experimentos en el laboratorio en los que el estudiante puede poner a prueba la teoría de la puerta de Melzack y Wall. Desarrollo del laboratorio:

1. Se dividirá el grupo en subgrupos
2. Cada grupo debe realizar un experimento en el cual uno de sus compañeros tenga la sensación de dolor, inicialmente.
3. Registrar la respuesta de presión galvánica de la piel, tensión arterial y respuesta cardiovascular.
4. Se escoge a dos personas del segundo grupo, de sexo diferente y se les pide que piensen o recuerden un accidente o evento que les generó una sensación de dolor, se realiza la medición posterior de la respuesta fisiológica, y por medio de estímulos auditivos y visuales que aumenten la probabilidad del dolor se analizan las creencias que surgen.

REFERENCIAS

Acevedo, J. Melzack, R. y Wall, P. (2013). La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *20*(4), 191-202.

Camacho, L. y Anarte, M. T. (2003). *El papel de las variables cognitivas y emocionales en la modulación del dolor crónico*. [Memoria de Licenciatura no publicada]. Málaga: Universidad de Málaga.

Esteve, R. y Ramírez-Maestre, C. (2013). El Modelo de miedo-evitación del dolor: propuesta inicial y evolución. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, *1*, 45-73.

Legee, G. (1987). L`homme de René Descartes (éditions de 1662 et 1664): Physiologie et mécanisme. *Histoire des sciences médicales*, *21*, 381-395.

López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2000). El tratado del hombre: Interpretación cartesiana de la neurofisiología del dolor. *Asclepio*, *52*(1), 239-267.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain. Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 277-299.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Sesé, A. y Palmer, A. (2005). Pain perception and fibromyalgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *33*, 303-310.

Pincus, T., Burton, A., Vogel, S. y Campo, A. (2002). Una revisión sistemática de los factores psicológicos como predictores de cronicidad / discapacidad en cohortes prospectivas de dolor lumbar. *Columna vertebral*, *27*(5), 109-120.

Pizarro, F. (2014). Descartes: su aporte al entendimiento del dolor. *Revista Médica Clínica Condes*, *25*(4), 716.

Sullivan, M., Tanzer, M., Stanish, W., Fallaha, M., Keefe, F. J., Simmonds, M. y Dunbar, M. (2009). Psychological determinants of problematic outcomes following total knee arthroplasty. *Pain*, *143*, 123-129.

Vlaeyen, J. W. S. y Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85,* 317–332.

Lecturas complementarias

González, H. (2009). *Distinguir entre dolor crónico y simulación: un reto para la psicología*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2427#inicio

Torres, M. y Campaña, V. (2006). *La experiencia del dolor*. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pv7hW0bCyV0C&oi=fnd&pg=PA5&ots=i-mJqvRoX&sig=1NTVkeVW0h7n07uFgjTotBnfiIQ#v=onepage&q&f=false

Unidad 2. Variables psicológicas en la percepción del dolor

La teoría de Melzack (1975) dio la apertura a las variables psicológicas en la percepción del dolor, encontrando relación en la presencia de estas y abrir la puerta o cerrarla según sea la percepción del sujeto. Uno de los factores que pueden ser desencadenantes de la manifestación crónica del dolor es la ansiedad, la cual al ser una alteración con contenido emocional incrementa la percepción del dolor, siendo esto demostrado a través de innumerables investigaciones, como la presencia de altos niveles de ansiedad en mujeres que eran sometidas a una colonoscopia (Baser, Togrul, Ozgu, Esquerán, Caglar y Gungor, 2013). Además, James y Hardardottir, (2002) hacen una diferenciación entre ansiedad rasgo y ansiedad estado. La primera es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones) refiriéndose a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa, percibiendo situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad. La ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. Por otra parte, Fordyce y Steger (1979) constataron que la relación entre la ansiedad y el dolor varía en función de si este es agudo o crónico, observando que el dolor incrementa la ansiedad, pero a medida que el tratamiento alivia el dolor, la ansiedad va disminuyendo; sin embargo, cuando se trata de dolor crónico, la limitación del tratamiento aumenta la intensidad de la ansiedad, exacerbando el dolor.

Gutiérrez (2001) han mostrado, además, que las personas son tendientes a prestar mayor atención y darle un significado mayor al dolor crónico, que, a las preocupaciones de la vida diaria, siendo el dolor percibido como una situación de más difícil manejo y adaptación. Pero también, la ansiedad provocada por el dolor puede explicarse a través del condicionamiento clásico, dado que puede provocarse por estímulos inicialmente neutrales, pero que al ser recordados pueden convertirse en un estímulo condicionado que provoca el dolor. En este sentido, se ha demostrado experimentalmente que las emociones y los pensamientos con los que las personas recuerdan acontecimientos estresantes pueden provocar una sensación de dolor en aquellas partes del cuerpo que están sensibilizadas.

La depresión es otro factor influyente en la presencia del dolor crónico, estudios como el de Blumer y Helibronn (1982) describe como los síntomas propios de los estados depresivos (anhedonia, insomnio, abulia, estado de ánimo depresivo, falta de interés) predisponen al dolor. La teoría cognitiva parece aportar algo de luz a la dicotomía depresión-dolor. Lefebvre (1981) sugiere que los procesos cognitivos de ciertos pacientes con dolor e individuos deprimidos pueden ser similares. En el modelo cognitivo de depresión, Beck (1976) considera que las distorsiones o errores cognitivos y creencias son factores que producen y mantienen la depresión, pensando así en una asociación entre depresión y niveles altos de dolor, (Plata, Castillo, Guevara, 2004).

Siguiendo con la importancia de las creencias y los pensamientos que tiene la persona acerca de lo que le sucede y respecto a lo que siente, es necesario mencionar el catastrofismo, el cual se caracteriza por una forma de afrontamiento que contiene la presencia de pensamientos negativos ante una situación de dificultad. Esta forma de pensamiento tiene tres mecanismos fundamentales: la rumiación sobre el problema, la cual consiste en la formulación de pensamientos repetitivos respecto a un tema en particular y casi sin que el sujeto pueda controlar.

Otras de las distorsiones cognitivas propuestas por Beck (1979), que influye en la presencia del dolor crónico es la maximización, la cual consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades, en el caso de los pacientes depresivos maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas, así mismo, la abstracción selectiva entendida como en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones. Esta variable se encuentra asociada tanto a la presencia del dolor crónico como a la ineficacia de los tratamientos psicológicos del mismo.

La atención es otro factor que es necesario analizar en cuanto a la presencia, mantenimiento y cronicidad del dolor, diferentes autores han demostrado que la distracción se asocia una mayor tolerancia al dolor, independientemente de los niveles de ansiedad rasgo. Dicho de otra manera, una persona que presenta altos niveles de ansiedad rasgo tiende a focalizar la atención en la presencia del dolor generando esto que sus síntomas se cronifiquen, al igual que una persona que tiene la capacidad de distraerse y de focalizar la atención en estímulos diferentes a aquellos que originan el dolor puede experimentar una disminución de este. Autores como Stoffel, Reis, Schwarz y Schröder (2013) han corroborado que la distracción es una estrategia de afrontamiento que las personas con dolor crónico utilizan para tratar de paliarlo.

Otra variable es la conducta de dolor, la cual hace referencia a esas manifestaciones quejas o expresiones de malestar que son reforzadas en la mayoría de situaciones por el entorno (Fordyce, 1976). Tales manifestaciones incluyen expresiones audibles y faciales (p.e apretar los dientes, gemir, subir la mirada), también corresponden a maniobras de analgésicas como: darse calor frotando las manos, movimientos protectores como llevarse las manos al estómago o la cabeza, la de afecto negativo como la irritabilidad y la depresión, o de evitación (por ejemplo, no ir al trabajo). Este tipo de comportamientos cuando son reforzados por el entorno pueden conllevar a la cronicidad del dolor, más que por el dolor en si, por la atención que se obtiene por parte de otros. Tal reforzamiento puede ser positivo cuando se trata de consecuencias, como quedarse en la cama, la ingesta de medicación, un tiempo sabático con remuneración, y los cuidados recibidos por parte de otros. Por otro lado, el refuerzo puede ser negativo cuando la conducta del dolor sirve para evitar situaciones estresantes o desagradables, como: conflictos en el trabajo, problemas con la pareja o el asumir ciertas responsabilidades personales. Aunque pareciera que el sujeto puede manejar fácilmente estas expresiones de dolor, realmente no lo hace, generando esto que cuando las manifestaciones de dolor son moderadas las personas se muestran más empáticas a ayudar y cuando son más intensas el cuidador las puede interpretar como simulación o como manipulación.

Antes de seguir avanzando en la comprensión desde el componente psicológico del dolor, es importante aclarar la diferencia entre el dolor crónico y agudo, ya que el crónico es el que viene más al caso más que en el agudo. Se entiende por dolor agudo, aquel que persiste entre tanto existe un daño o una enfermedad (por ejemplo, una gastroenteritis); sin embargo, este desaparece una vez se elimina la causa subyacente, (por ejemplo, la bacteria). Este tiene como función indicar la presencia de un daño en el organismo. Por el contrario, el dolor crónico es aquel que la persona después de haber recibido el tratamiento para la causa que lo originó, aparece de forma periódica sin que exista una causa conocida (migrañas) o se produce por una patología difícil de tratar (por ejemplo, dolor por cáncer) pasa de cumplir una función en el organismo a convertirse un problema en sí mismo. Generalmente, viene acompañado de síntomas emocionales o ansiosos, afectando

áreas importantes de la vida de la persona y su duración supera los seis meses. Una vez aclarada la diferencia entre el dolor crónico y el dolor agudo, seguiremos con la evaluación psicológica del dolor crónico.

ACTIVIDAD PRÁCTICA

Análisis de caso: se le entregará a cada estudiante un caso, deberá identificar cada una de las variables vistas en la unidad 2, y luego reunirse por parejas y discutir el caso, permitiendo que el otro le realice sugerencias u observaciones.

REFERENCIAS

Baser, E., Togrul, C., Ozgu, E., Esquerán, A., Caglar, M. y Gungor, T. (2013). Efecto de la ansiedad estado-rasgo preprocedimiento sobre la percepción del dolor y el malestar en mujeres sometidas a colposcopia por anormalidades citológicas cervicales. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. *14*(7), 4053-4056. Recuperado de http://journal.waocp.org/article_27905.html

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Blumer, D. y Helibronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The painprone disorder. *Journal Nervous Mental Disease*, *170*, 381-406.

Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis: The C.V. Mosby Company.

Fordyce, W. E. y Steger, J. C. (1979). Chronic pain. En O. F. Pomerleau y J. P. Brady (Eds.). *Behavioral medicine: theory and practice* (125-153). Baltimore: Williams & Wilkins.

García, F. (2001). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. (Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico)*. (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, Sevilla). Recuperado de http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/602/variables-psicologicas-implicadas-en-migrana-y-cefalea-tensional-un-estudio-comparativo-con-otros-trastornos-por-dolor-cronico/

Gutiérrez-Martínez, O. (2001) El efecto diferencial de ACT vs. control cognitivo en un paradigma de autocontrol con estimulación aversiva. (Tesis doctoral, Universidad de Almería, Almería, España).

James, J. y Hardardottir, D. (2002). Influencia del enfoque de la atención y la ansiedad rasgo en la tolerancia del dolor agudo. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 149-162. Recuperado de https://doi.org/10.1348/135910702169411

Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(4), 517-525.

Plata-Muñoz, E., Castillo, E. y Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, *27*(1), 16-23. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf

Stoffel, M., Reis, D., Schwarz, D. y Schröder, A. (2013). Dimensions of coping in chronic pain patients: factor analysis and cross-validation of the German version of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D). *Rehabil Psychol*, *58*(4), 386-95. https://doi.org/10.1037/a0034358

Lectura complementaria

Moix-Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, *36*(1). 37-60. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017363002

Unidad 3. Técnicas de evaluación psicológica del dolor crónico

En necesario comprender que la evaluación es el paso inicial para el proceso de intervención futura, por ello, imponte recoger toda la información para diseñar el programa concreto, para un dolor preciso, para una persona en particular.

LA ENTREVISTA

Esta es una herramienta básica en la recolección de información que permite conocer las características y las formas de manifestación del dolor en el paciente. Esta técnica puede tener diferentes formas de desarrollarse; sin embargo, se sugiere la utilización de preguntas semiestructuradas, permitiendo que el paciente realice comentarios adicionales que aporten mayor información con relación a lo que le sucede.

Para el estudio de la conducta del dolor, se sugiere la utilización del análisis funcional de conducta, el cual consiste en una serie de preguntas estructuradas y operatizadas acerca de las manifestaciones del dolor y de las condiciones contextuales en las que ocurren. La guía para desarrollar el análisis conductual contiene los siguientes aspectos (Fordyce, 1976).

a. Intensidad, frecuencia y duración del dolor percibido y momentos del día o la noche en el que se produce.

b. Tipo y frecuencia de las manifestaciones de dolor (verbales, gestuales, motoras) del paciente.

c. Contextos en los que ocurren las manifestaciones de dolor.

d. Condiciones (físicas, emocionales, cognitivas, ambientales y del contexto social) que aumentan y/o reducen la probabilidad de ocurrencia de manifestaciones de dolor.

e. Comportamiento de los allegados ante las manifestaciones de dolor.

f. Actividades que se han abandonado e iniciado tras la aparición del dolor (domésticas, laborales, ocio y sociales).

g. Actividades que realizaría el paciente si no existiese dolor.

h. Actividades que ha abandonado e iniciado la pareja del paciente tras la aparición del dolor.

i. Actividades que realizaría la pareja del paciente si no existiese dolor.

j. Conductas alternativas del sujeto y los allegados ante el dolor.

Otras herramientas en el proceso de evaluación son los procedimientos de autoinforme y cuestionarios, los cuales, aunque diferentes, comparten características comunes en la información que se quiere obtener:

a. **Métodos para evaluar la dimensión sensorial-discriminativa**. Este tipo de escalas están orientadas a conocer la intensidad percibida de dolor. El cuestionario de dolor de McGill (MPQ) (Melzack, 1975) es un instrumento clásico, muy utilizado, que permite obtener un índice de la intensidad del dolor, además de las dimensiones afectiva y evaluativa.

   El cuestionario del dolor McGill (Melzack 1975) evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son: localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad. Consta de varias partes claramente diferenciadas: localización del dolor, que suele representarse por una figura esquematizada del cuerpo humano, en el que el

paciente señala las zonas en las que siente dolor. Cualidad del dolor: el paciente debe escoger de entre una amplia lista de tipos de dolor aquellas características que definen el que presenta. Están agrupados en varias categorías que a su vez forman cuatro grandes grupos: sensorial, emocional, valorativo y miscelánea. En la versión original inglesa el número de palabras era 78, aunque en las distintas validaciones del cuestionario pueden variar (en la versión española 66). Intensidad del dolor en el momento actual: se explora mediante una pregunta con cinco posibles categorías de respuesta. Valoración del dolor en el momento actual mediante una escala analógica visual, que va desde "sin dolor" a "dolor insoportable". Se pueden obtener distintos resultados: a) Índice de valoración del dolor (PRI por sus siglas en inglés): total y para cada una de las cuatro áreas (PRI sensorial, PRI emocional, PRI valorativo y PRI miscelánea). La puntuación se calcula sumando la de cada grupo de palabras que forman cada categoría. b) Número de palabras elegido (NWC por sus siglas en inglés): suma del número de características del dolor seleccionadas por el paciente. c) Índice de intensidad del dolor (PPI por sus siglas en inglés): respuesta seleccionada del ítem que explora este aspecto. d) Intensidad del dolor según escala analógica visual.

b. **Métodos para evaluar la dimensión afectivo-motivacional.** Existe un gran número de cuestionarios desarrollados en otras áreas de la psicología clínica que son apropiados para evaluar el componente afectivo en pacientes con dolor crónico. Entre ellos se encuentran el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), y para la depresión, el de depresión de Beck (1976). En esta línea, el Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) (McCraken, Zayfert y Gross, 1992) contiene 40 ítems que abarcan ansiedad somática, ansiedad cognitiva, miedo y conductas de escape/evitación.

c. **Métodos para evaluar el del dolor.** *Strategies Questionnaire*, Rosenstiel y Keefe (1983), que, en función de su frecuencia, agrupa en 7 categorías las respuestas al dolor.

   El *Pain Response Questionnarie* (Pearce y Morley, 1989) que ofrece tres escalas, cogniciones negativas, evitación disfuncional y respuestas positivas,

   El *Pittsburgh Multiaxial Assessment of Pain* (MAP) de Turk y Rudy (1987) que ofrece una taxonomía de pacientes con dolor crónico.

d. **Métodos para evaluar el impacto sobre el estilo de vida.** Consiste en la revisión de diversos factores psicosociales que pueden verse afectados por el dolor crónico como: las relaciones maritales, el estatus profesional, las actividades de ocio, etcétera. En este sentido, el *Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbitt, y Pollard, 1976) es un cuestionario que incorpora la evaluación de las consecuencias de la enfermedad sobre las actividades y comportamientos cotidianos.

ACTIVIDAD PRÁCTICA

El estudiante deberá construir en esquema de entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta los 9 aspectos para desarrollar el análisis conductual (Fordyce, 1976).

REFERENCIAS

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Bergner, M., Bobbitt, R. y Pollard, W. (1976). Sickness impact profile: validation of a health status measure. *Medical care*, *14*, 57-61.

Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis: The C.V. Mosby Company.

León, M. (2007). Tratamiento del dolor crónico desde la terapia de la conducta. *Revista Costarricense de Psicología*, *26*(39), 11-21.

McCraken, L. M., Zayfert, C. y Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain,* 50(1), 67-73.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain. Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 277-299.

Pearce, J. y Morley, S. (1989). An experimental investigation of the construct validity of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 39, 115-121.

Spielberger, C., Gorsuch, L. y Lushene, R. (1970). *STAI manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Turk, D. y Rudy, T. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 237-249. Recuperado de https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90002-7

Lecturas complementarias

Cano, F. y Rodríguez, L. (2002). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*, 24(3), pp. 137-145.

Esteve, M., López, A. y Ramírez, C. (2001). Dolor crónico, emoción y afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, *13*(1), 47-62.

Unidad 4. Intervención psicológica del dolor crónico

La presencia del dolor crónico obedece a varios factores y por lo tanto, la intervención psicológica debe atender cada una de las dimensiones vistas anteriormente. A continuación, se mencionará diferentes técnicas que se pueden utilizar en la intervención del dolor crónico, y que usted como estudiante debe interiorizar para que pueda contribuir al bienestar de la salud física y mental de sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo que se ha mencionado con anterioridad, la intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual utiliza la psicoeducación, la cual consiste en la explicación acerca de cómo funciona el modelo, y como desde este se puede explicar la presencia de su padecimiento. Utilizar esta estrategia le va facilitar al paciente con dolor crónico entender como la presencia del dolor esta influencia por los pensamientos que genera de dicha situación. Por otra parte, el hecho de que el paciente comprenda lo que le sucede, y las razones por las cuales le sucede, facilita la adherencia al tratamiento mostrándose más empático y teniendo mayor cumplimiento de las tareas asignadas por el terapeuta, lo cual contribuye a la eficacia del mismo.

Otras técnicas que han mostrado tener un efecto positivo en la disminución de la tensión originada por la presencia del dolor son las técnicas de respiración, siendo estas utilizadas como una estrategia anterior a la relajación, contribuyendo a que el sistema parasimpático se active y genera la sensación de clama. Una de estas técnicas de respiración es la denominada 4, 7, 8 del Dr. Weil (s.f.), funciona como un tranquilizante natural para el sistema nervioso. El paciente toma aire por la nariz durante 4 segundos, luego mantiene el aire en los pulmones durante 7 segundos y luego exhala el aire durante 8 segundos. Debe repetir este ejercicio hasta conseguir dormirse o sentirse aliviado de la tensión que estaba acumulando. Otra técnica es la relajación muscular progresiva**,** consiste en tensar y relajar todos los grupos musculares principales, uno cada vez, de la cabeza a los pies. Al aprender a sentir la diferencia entre tensión y relajación, se puede llegar a desconectar de forma más activa la respuesta de lucha o huida del cuerpo del paciente frente al dolor (Jacobson, 1929).

Vallejo (2005), en su artículo escrito sobre la intervención psicológica del dolor crónico expone que el *biofeedback* se ha destacado como una técnica efectiva en el tratamiento de diversos síndromes de dolor crónico. El poder actuar de forma directa sobre las respuestas fisiológicas relevantes al síndrome de dolor es, sin duda, una posibilidad atractiva. Se entiende que si el problema clínico, el dolor, es originado por una disfunción de los sistemas naturales de regulación fisiológica, una ayuda externa que permita restablecer la auto-regulación es la opción más adecuada. El entrenamiento en *biofeedback*, por sí solo o combinado con la relajación, es eficaz en otros síndromes de dolor crónico. Podría señalarse que, en general, es efectivo en los síndromes de dolor musculoesqueletal, caso de la lumbalgia (y en otros síndromes se han obtenido resultados positivos, aun cuando los datos disponibles son menores, este es el caso de dolor de miembro fantasma (Flor, Birbaumer y Sherman, 2001).

TÉCNICAS COGNITIVAS

A continuación, se plantea variedad de técnicas cognitivas concebidas desde el modelo cognitivo conductual, partiendo de la aportación hecha desde Beck (1976); Ellis (1980); Meichembaum (1977), Mahoney (1977) y Mahoney y Arnoff (1978) identificaron tres grandes grupos de terapias cognitivos conductuales:

a. Técnicas de restructuración cognitivas: su núcleo común es la modificación de patrones de pensamiento. Un ejemplo de este tipo de técnicas es, por ejemplo, la técnica de Ellis, la terapia de Beck, la terapia auto instruccional de Meichembaum y las nuevas terapias constructivistas (Beck, 1976; Ellis, 1980; Meichenbaum, 1977).

b. Técnicas de afrontamiento: su núcleo es el entrenar al paciente en un repertorio amplio de habilidades para hacer frente activamente a las situaciones problemáticas. Entre las técnicas de afrontamiento cabe citarse: la técnica de la inoculación contra el estrés (Kazdin, 1974; Meichenbaum y Cameron, 1983) o el entrenamiento en el manejo de la ansiedad de Suin y Richarson (1971).

c. Técnicas de resolución de problemas: su núcleo es el entrenamiento de los pacientes en una metodología para abordar los problemas interpersonales y para generar alternativas de respuestas a tales problemas. Entre ellas cabe citar la técnica de resolución de problemas (Goldfried y Davison, 1976; Mahoney y Arrnoff, 1978; Spivack, Platt y Shure, 1976).

La terapia cognitiva conductual centra su énfasis en la modificación de los pensamientos disfuncionales que generarían emociones y conductas disfuncionales. Para el manejo de estos pensamientos propone el debate racional, experimentos conductuales, registros de pensamientos, consiste en aprender a sustituir pensamientos que agravan el malestar por unos más funcionales.

La terapia de aceptación es otra terapia que busca que el sujeto sea consciente de su situación, y lleva a cabo estrategias que le permitan afrontar las situaciones problemáticas.

En caso de la intervención del dolor crónico, el objetivo de la terapia se centraría en enseñar al paciente a convivir con el dolor, recuperando en la medida de lo posible la normalidad y con ella los aspectos valiosos de su vida. Consistiría en aprender aceptar el dolor.

EL ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL DE MEICHEMBAUM

Su técnica consiste en seleccionar frases o pensamientos que uno se dice así mismo o autoinstrucciones en las diferentes fases en que le paciente se enfrenta a las situaciones problema. Por ejemplo, frases para la preparación a una situación, frases para afrontar la situación real, frases cuando se pasa la situación real. Hay también frases que ayudan a que interpretemos la situación de forma más positiva.

OTRAS TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

Las técnicas operantes tienen como objetivo la extinción de las conductas de dolor verbales y no verbales, la reducción del uso excesivo de los cuidados médicos y el incremento de la actividad física y de ocio.

- Distracción imaginativa: se lleva al sujeto a que imagine una escena incompatible con la experiencia del dolor.
- Transformación imaginaria del contexto: cuyo propósito es que el paciente se imagine que las sensaciones de dolor que está sintiendo están ocurriendo en otro contexto. El objetivo es que el sujeto trate de vivir las sensaciones de dolor en otra situación en la que tendrían otro significado.
- Transformación imaginaria del dolor: consiste en que el sujeto debe rotular las sensaciones dolorosas en términos que signifiquen una menor complejidad de los síntomas.
- Distracción de la atención: a través de otras actividades en las que pueda concentrarse.

Eccleston, Crombez y Mccracken (2003) plantearon que la aceptación del dolor incluía 8

factores importantes: vivir cada día, creer que hay vida más allá del dolor, reconocer las limitaciones personales, asumir el control de su vida, fortalecimiento, aceptar la pérdida del yo, no luchar batallas que no se puedan ganar y fortaleza espiritual.

En la siguiente tabla podrá entender de manera resumida fases del tratamiento desde la ACT para el dolor crónico:

Tabla 1
Fases del tratamiento desde la ACT

Fase de tratamiento	Objetivos
Desesperanza creativa	Ayudar al paciente a percibir la falta de eficacia de sus estrategias para combatir el dolor. Mostrarle otras formas de responder al dolor.
El control como problema	Ayudar al paciente a ver la eliminación del dolor como una estrategia que no funciona. Ayudarle a ver la relación entre control y sufrimiento.
Alterar el papel del lenguaje	Ayudar al paciente a ver sus pensamientos y sentimientos, incluyendo las razones que se da para explicar su comportamiento, desde la perspectiva de un observador. Ayudarle a debilitar el contexto verbal/social que controla el dolor.
El sí mismo como contexto	Ayuda al paciente al ver su sí mismo como algo distinto de su mente. Establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor.
Valores	Enseñar al paciente a identificar los valores importantes de su vida. Proporcionarle fuerza motivacional para seguir funcionando con el dolor.
Patrones de acción y compromiso	Ayudar a desarrollar e implementar planes de conductas para cambiar la vida.

Nota. Tomado de *Manual de psicología de la salud,* de Vázquez, 2015.

ACTIVIDAD PRÁCTICA

El estudiante deberá realizar un mapa conceptual de las técnicas vistas en las guías y otras que él pueda encontrar.

Se realizará un ejercicio práctico en el que se vea la efectividad de la técnica en la intervención del dolor crónico.

REFERENCIAS

Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research,* 4(4), 325-340

Flor, H., Birbaumer, N. y Sherman, R. A. (2001). Dolor de miembro fantasma. *Revista de la Sociedad Española del Dolor,* 8, 327-331.

Goldfried, M. y Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Jacobson, E. (1929). *Relajación progresiva*. Chicago: Universidad de Chicago Press.

Kazdin, A. E. (1974). Self-monitoring and behavior change. En M. J. Mahoney y C. E. Thoresen (Eds.), *Self-control: power to the person*. Monterrey, (California): Brooks/Cole.

Mahoney, M. J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy and Research,* 1, 5-16.

Mahoney, M.J. y Arrnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. J. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.

Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. H. y Cameron, R. (1983). Strees inoculation training: toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M. E. Jarenko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. (115-154). New York: Plenum Press.

Spivack, G., Platt, J. y Shure, M. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Suin, R. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for ansiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.

Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

Vázquez, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Weil, A. (s.f.). Relajación con la respiración 4-7-8 del Dr. Andrew Weil. Recuperado de http://www.aplalcorcon.com/wp-content/uploads/2015/03/Rel%C3%A1jate-con-la-respiraci%C3%B3n-478-del-Dr-Andrew-Weil.pdf