

EL DOLOR CRÓNICO COMO COMPORTAMIENTO APRENDIDO

Teresa ALCÓN

RESUMEN

El dolor no sólo tiene un componente fisiológico, sino que lo podemos abordar también desde la perspectiva comportamental, en la que el dolor es entendido como una malla de comportamientos (acciones observables y potencialmente mesurables) que pueden ser condicionados, modificados y modelados por el ambiente. Esta intervención del ambiente actúa sobre todo cuando el dolor pasa a ser crónico y se da el factor «paso del tiempo» alterando dicho factor la vida del paciente y creando éste una serie de estrategias que le permitan conseguir una ayuda adicional del sistema de cuidado de la salud, lo cual hace que dicho sistema se añada al problema más que a su eliminación. Por esto al plantearnos la eliminación del dolor es imprescindible, desde el punto de vista comportamental, el papel de la familia, teniendo ésta que cambiar sus conductas y actitudes.

ABSTRACT

Pain not only has a physiological component, but can also be considered from a behavioural perspective in which it is understood as a net of different kinds of behaviour (observable and potentially measurable actions) which can be conditioned, modified and shaped by the environment. The latter

plays an important role especially when pain becomes chronic and the factor «passing of time» alters the patient's life, who creates a series of strategies for obtaining additional help from the health system. This helps to increase the problem rather than to eliminate it. For this reason, the role of the family which has to change its conduct and attitude, is essential in the elimination of pain, from the behavioural point of view.

Ordinariamente el dolor es visto en términos neurofisiológicos. Se considera que es un problema médico con unas características orgánicas y físicas. Si hay algún caso en que el dolor no tenga las bases orgánicas, el problema puede ser desviado a otro camino conceptual donde se ve como un problema psicogenético (causa emocional, por ej. la cefalea).

En nuestro caso tomamos el dolor como comportamiento, es decir, como acciones observables y potencialmente mensurables (tomar medicamentos, acostarse...). En este concepto se incluyen pacientes, familiares y terapeutas. Se parte de que la expresión de dolor es en sí misma comportamiento observable (FORDYCE, 1976). Esta concepción es la que nos permitirá abordar el dolor desde una perspectiva comportamental.

Debemos tener en cuenta que dentro del dolor clínico hay una clasificación útil, que diferencia entre dolor *agudo* y dolor *crónico*. Esta clasificación no se justifica únicamente por la necesidad de diferenciar dos situaciones que son distintas (en el dolor agudo predominan las alteraciones neurovegetativas y los síntomas de ansiedad; en el dolor crónico, las alteraciones de tipo depresivo), sino por la influencia que tiene el factor *paso del tiempo* en la configuración del cuadro que el paciente presenta. En los síndromes dolorosos crónicos el paso del tiempo desde el inicio del proceso permite la intervención condicionante, modificante y modelante del ambiente. El tiempo, que supone la cronicidad, da oportunidades de aprendizaje y permite reconocer que en el dolor crónico suelen aparecer dos elementos:

- de un lado, presencia de problemas de dolor: de una anomalía física que produce efectos de una experiencia subjetiva del dolor (tristeza...);
- de otro lado, el factor cronicidad es lo mismo que decir que la forma

de vida del paciente se ha alterado a través del curso de la enfermedad; hay ausencias de comportamientos que eran agradables para el paciente y que habían creado consecuencias a su alrededor, las cuales al repetirse habrían sido condicionadas. Los vacíos que quedan de estas ausencias de comportamientos agradables, como son los que no ha podido realizar a causa de su problema, casi siempre envuelven a otros alrededor del paciente. Es decir, el dolor crónico provee de una oportunidad para una malla de comportamientos dolorosos que pueden ser influidos a través de un condicionamiento, envolviendo estos comportamientos al paciente y a la familia.

El dolor crónico llega a ser algo habitual y desarrolla a menudo un juego de estrategias para conseguir una ayuda adicional de un sistema de cuidado de la salud. De esta manera, dicho sistema se puede añadir al problema más que a su eliminación. Por esto tenemos que examinar el dolor crónico en términos de condicionamientos que ya han ocurrido.

Por lo analizado hasta aquí vemos la gran relación que existe entre dolor y comportamiento. Es un paciente haciendo o no haciendo una acción. La restricción de actividad que tiene la gente con dolor crónico conlleva a un no empleo y a unos modelos sociales alterados, activando unos sistemas de cambio de recompensas y de valores. Se suele dejar al paciente no empleable en actividades sociales y esto empeora su problema de dolor.

Los posibles mecanismos de intervención del ambiente como factor causante de aprendizaje son:

1. El ambiente puede reforzar directamente las conductas relacionadas con el dolor (quejas, inactividad, petición de medicación...). Hay que tener en cuenta la posibilidad de que, al administrar un calmante, se esté (además) reforzando la conducta de pedirlo y de quejarse.

2. El ambiente puede reforzar también estas conductas indirectamente. Es el caso de reforzamiento negativo en donde las quejas y la inactividad son reforzadas por la posibilidad de evitar una incómoda situación social, laboral o familiar (bajas, gratificaciones económicas...).

3. El ambiente puede también intervenir e influir a través del castigo y la extinción de las conductas incompatibles relacionadas con el dolor: dejar la cama, distraerse, reemprender las actividades habituales...

La acción de estos tres puntos se entiende sobre todo cuando los tres se producen a la vez y tanto más cuando suelen coincidir con anteriores episodios de aprendizaje análogo, ya sea directamente o por observación en otra persona. Lo que nos interesa es saber que una persona con dolor crónico, después de haber pasado por las experiencias arriba descritas, manifiesta un

comportamiento y una reacción que son el resultado de estos factores, junto con los episodios más o menos alejados en el tiempo del dolor agudo y de sus experiencias presentes de dolor.

La enfermedad crónica requiere un cambio de comportamiento, y esto implica que ante una terapéutica tengamos que examinar de forma sistematizada lo que el paciente hace y lo que no hace, para poder aplicar la técnica conductual y saber si se dan cambios relevantes de comportamiento. Teniendo en cuenta esto hemos de analizar los siguientes factores:

1. Comportamientos de dolor que se han de disminuir o actividades para ser incrementadas por el paciente, cónyuge u otro: reducir la conducta de dolor, reducir el reforzamiento positivo directo de la conducta de dolor, disminuir el castigo de reforzamiento de actividad o buena conducta.

2. Ver qué refuerza la promesa de efectividad en el tratamiento, particularmente en las fases primarias: descanso, atención, medicación, signos de progreso...

3. ¿Qué actividad post-tratamiento es esperada por el paciente y cónyuge?: vocacional, ocio, retiro...

4. ¿Están el cónyuge y la familia preparados y dispuestos para participar en el tratamiento y sostener el cambio?

Cuando las conductas a cambiar han sido concretadas (1) debe haber la promesa de un reforzamiento efectivo (2) para llevar a cabo el cambio y mantenerlo (3 y 4).

Para que un tratamiento sea eficaz es necesario que también cambien el comportamiento de la familia. BLOCK, KREMER y GAYLOR (1979) han sugerido que la esposa del paciente con dolor crónico puede actuar como una fuente consistente de refuerzos para la conducta de dolor, proveyendo consecuencias deseables tales como simpatía, atención, ... contingentes a desórdenes en tales conductas. Estudios realizados por estos mismos autores (A. BLOCK, E. KREMER y M. GAYLOR, 1979) confirman que la esposa de un paciente con dolor crónico puede adquirir propiedades discriminativas y sirve para modular la frecuencia o la magnitud de las quejas de dolor. La naturaleza de esta modulación puede depender de si la esposa da realmente simpatía hacia el paciente o atención contingente a las quejas de dolor o, alternativamente, si la esposa mantiene sanciones negativas que sigan a las quejas. Desde nuestro punto de vista el papel de la familia es crucial. El análisis conductual pro-entrevista del paciente y cónyuge debería dejar claro qué conducta del cónyuge y otro miembro clave de la familia ha sido reforzante

o castigante por retener el reforzamiento. Estas familias deben cambiar su conducta. Por otro lado hemos de tener en cuenta que las reacciones del cónyuge a conductas de dolor se han basado a menudo en nociones engañosas de seguridad, atención especial, asistencia y el deseo de ayuda a la mejora del paciente. Conductas de dolor habrían sido entonces reforzadas en anticipación de tal encuentro ayudando a resolver el problema doloroso. En esos casos la conducta del cónyuge estaba siendo mantenida probablemente por anticipación de reforzador de la mejora del paciente o por expresiones del paciente de apreciación por esas conductas. Aquí la conducta del cónyuge será cambiada simplemente por la información.

Para terminar, digamos que no hay razón para creer que la conducta de dolor no pueda ser controlada, y tenemos que hacerlo con aproximaciones conductuales basadas en las nociones de condicionamiento operante del comportamiento y del aprendizaje. Y aquí está el desafío a la modificación de conducta: mostrar que el dolor puede ser manejado y mostrar cómo se logra, aportando a la humanidad implicaciones a corto y largo plazo, todavía por descubrir.

Bibliografía

- BLOCK, A. R., KREMER, E. F., GAYLOR, M., (1980), «Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior». *Pain*, vol. 9, pp. 243-252.
- FORDYCE, W. E., (1976), *Behavioral method for chronic pain and illness*, San Luis, Mosby.
- PENZO, W., (1981), «Lecciones de psicología médico-social». *Psicología médica*, Universidad de Barcelona (facultad de medicina).
- SCHOENFELD, W. N., (1980), «EL dolor: un reporte verbal». COLOTA, V. A., ALCÁZAR, V. M., SBUSTER, CH. R., *Modificación de conducta*, México, Trillas.