



# **I JORNADA DEL GTSED DE PSICOLOGÍA Y DOLOR**

**NUEVAS APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL  
TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO**

**[www.copmadrid.org](http://www.copmadrid.org)**



I Jornada del GTSED de Psicología y  
Dolor

**Nuevas Aportaciones de la  
Psicología en el Tratamiento  
del Dolor Crónico**

El dolor como experiencia biopsicosocial.  
Fundamentos del abordaje multidisciplinar

Milena Gobbo Montoya

[www.milenagobbo.com](http://www.milenagobbo.com)

[www.positivamente.online](http://www.positivamente.online)

[\*\*www.copmadrid.org\*\*](http://www.copmadrid.org)



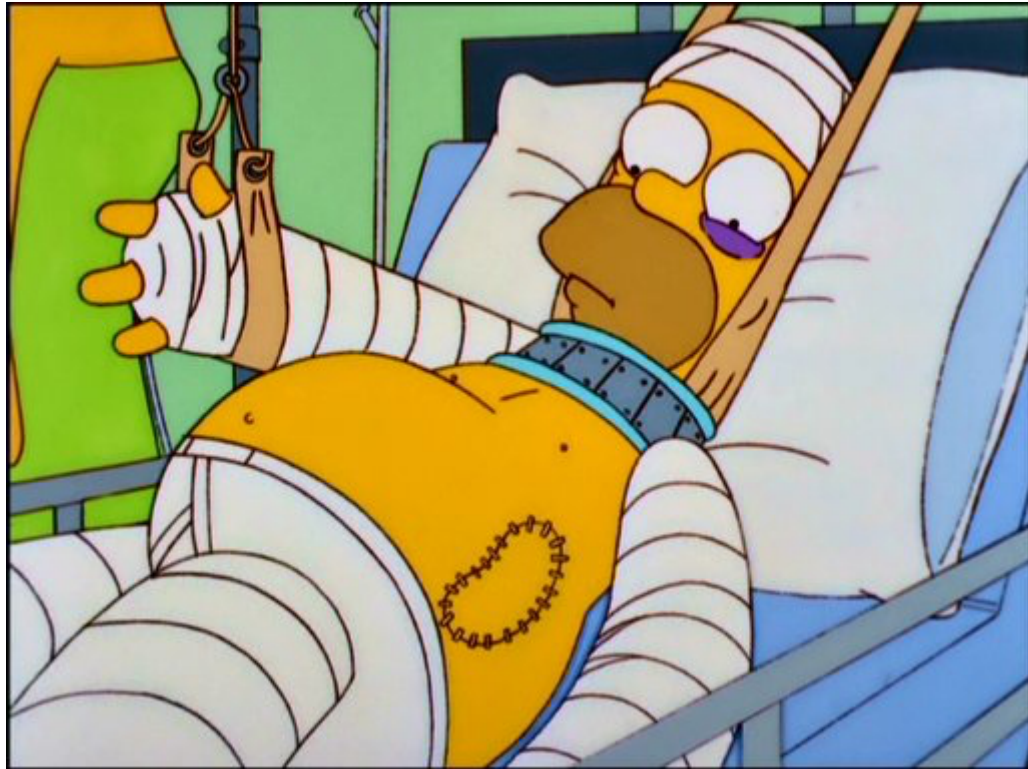
¿Qué es DOLOR?



**IASP: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial o descrita desde un punto de vista de la misma” (1979)**

# El dolor como proceso agudo

**DOLOR:  
El modelo  
médico  
tradicional**



# Modelo lineal

## La herencia de Descartes



Descartes (1596-1650)



*“... cuando siento dolor en el pie, la física me enseña que ese sentimiento se comunica por medio de los nervios repartidos por el pie, los cuales son como unas cuerdas tirantes que van desde los pies hasta el cerebro...”*

Descartes, R. (1664/1676). Discurso del método. Meditaciones Metafísicas. Madrid: Espasa-Calpe S.A.

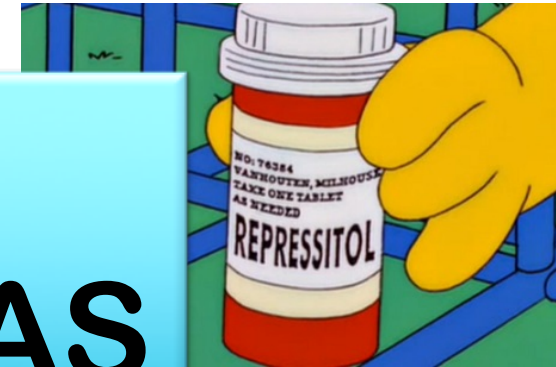
# Lo que no encaja



Situaciones de estrés extremo

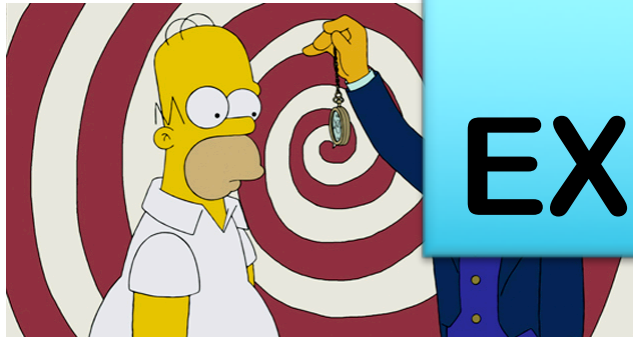


Miembro fantasma



Efectos placebo y nocebo

## LAS EXPECTATIVAS



Distracción



Estado de ánimo. Emociones

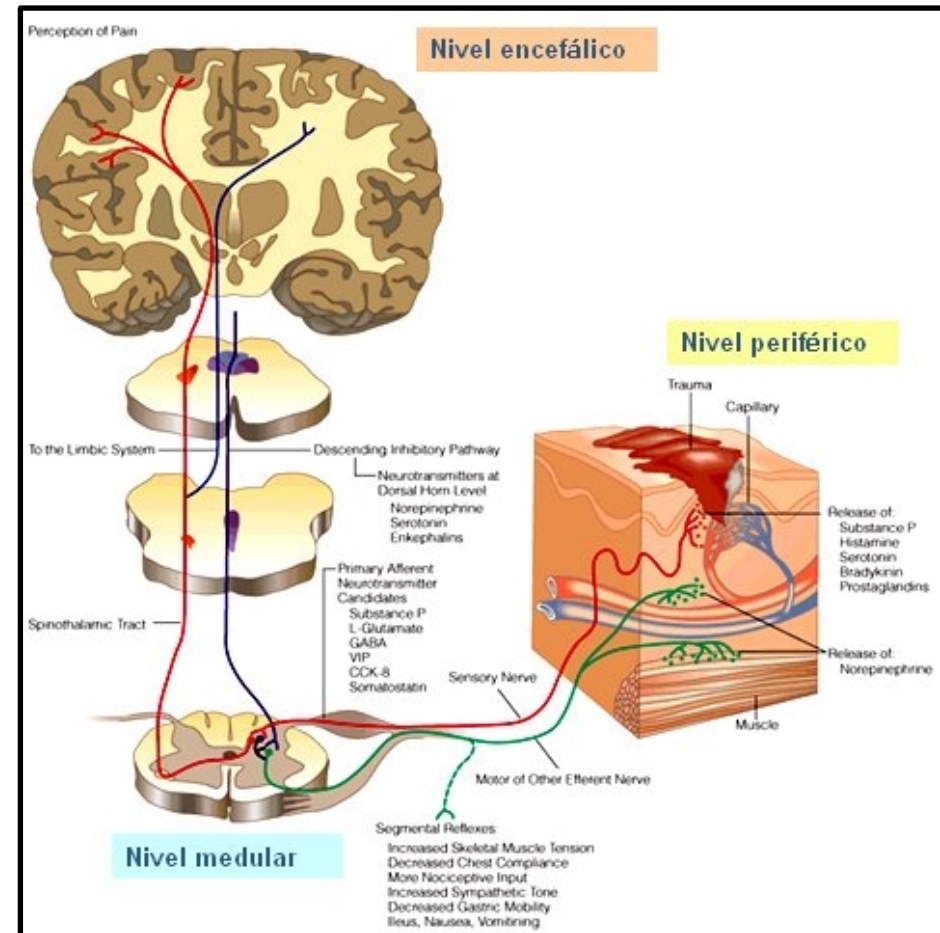
# De lo nociceptivo a lo perceptivo



# La teoría de la puerta de Melzack (1961)

Vías ascendentes **excitatorias**

Vías descendentes **inhibitorias**



# La neuromatriz de Melzack (2000)

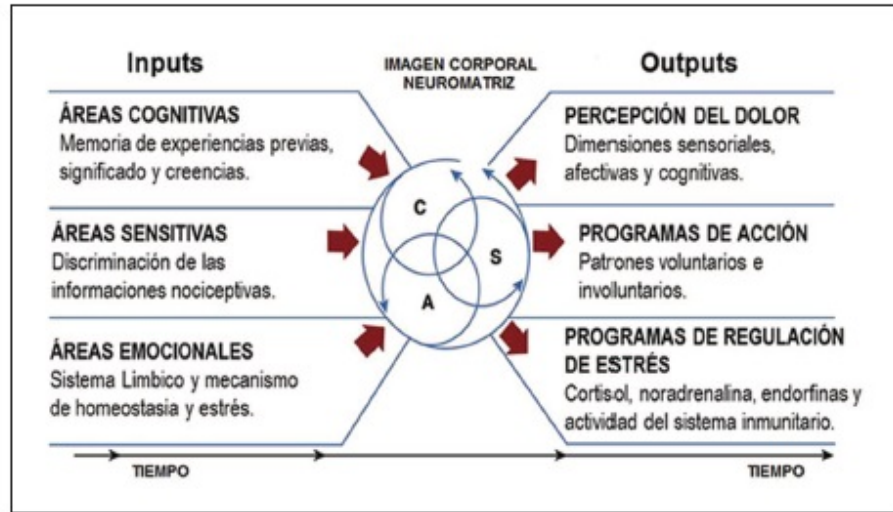
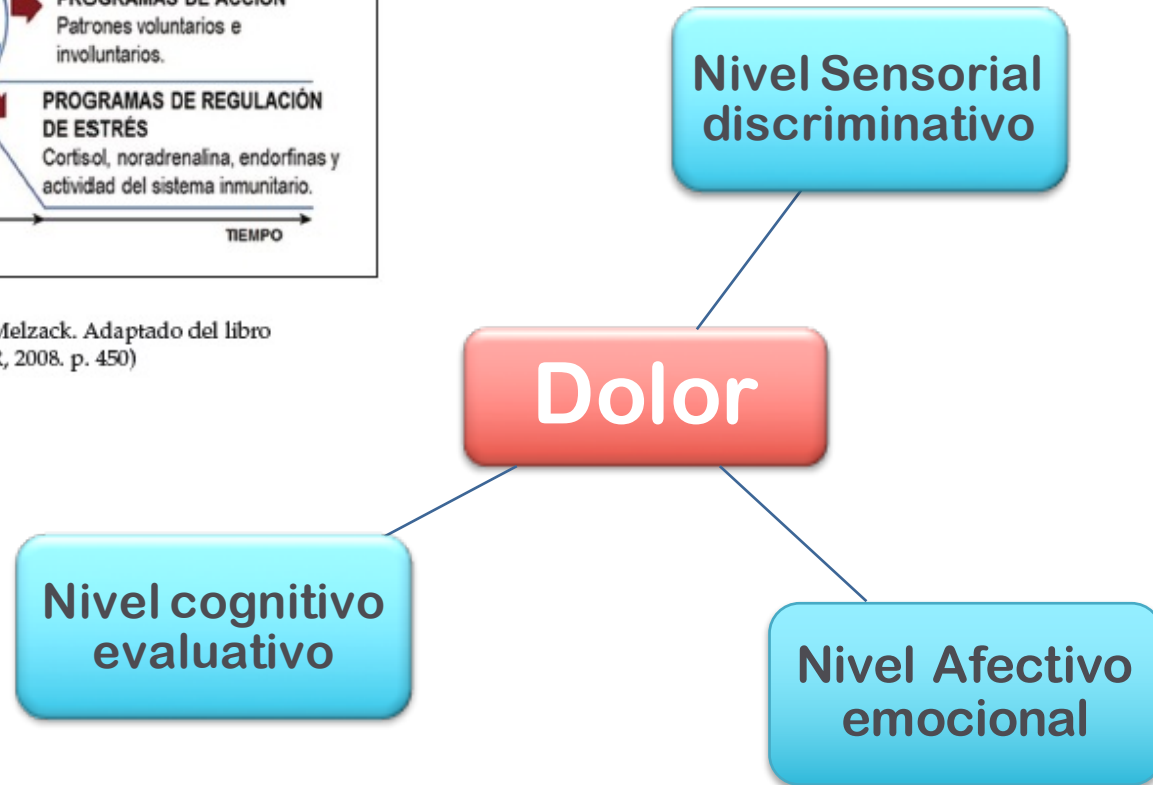
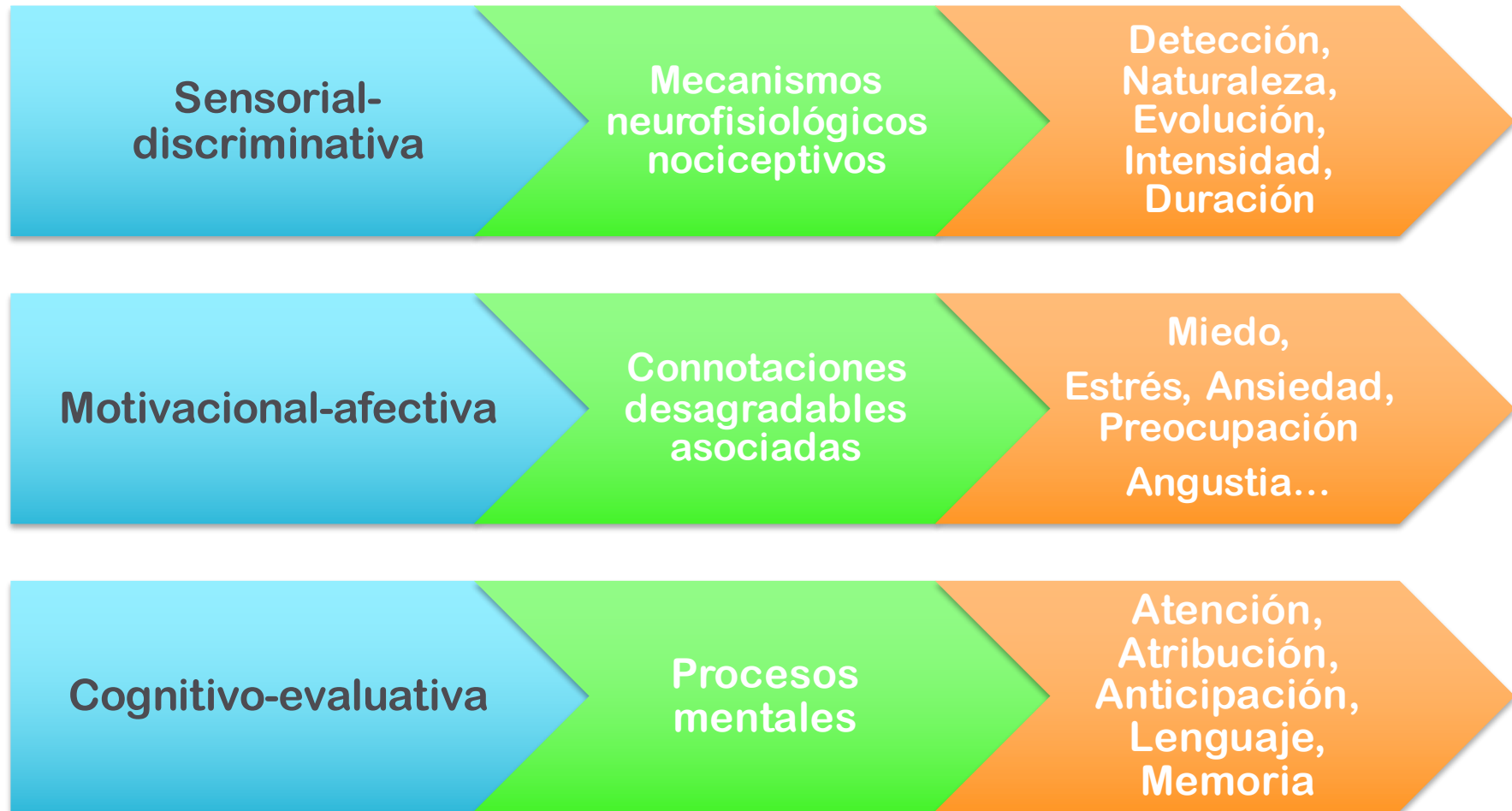


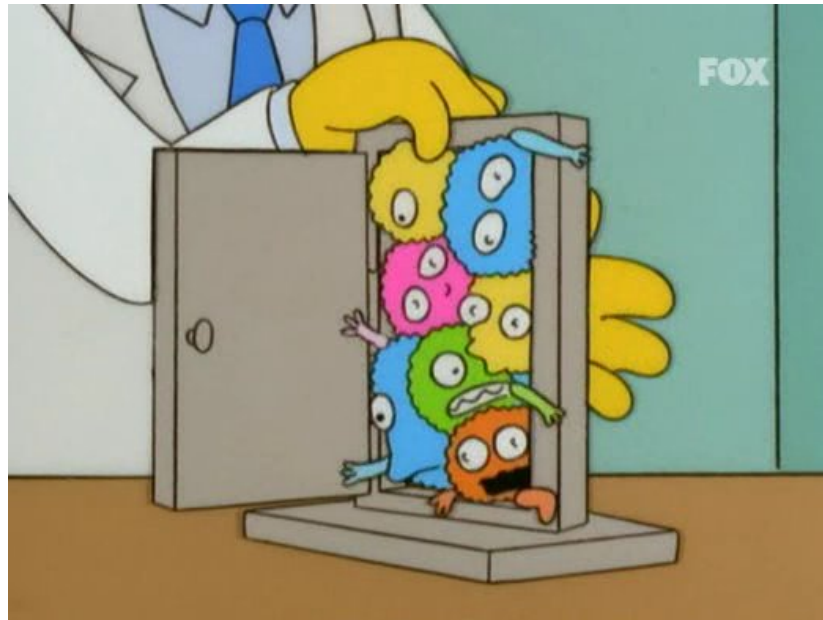
Figura 3. Modelo de la Neuromatriz de Melzack. Adaptado del libro *La columna Cervical* Torres R, 2008. p. 450)



# Dimensiones involucradas en la percepción del dolor



# Factores que abren y cierran la puerta al dolor



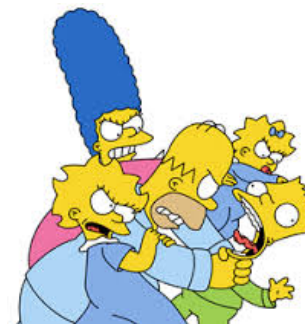
Factores  
emocionales

Factores  
cognitivos

Factores  
sociales

Factores  
físicos

# Factores emocionales



# Factores cognitivos



Atención centrada en el dolor

Creencias negativas sobre dolor

Percepción de no control

Distracción,  
manejo voluntario  
de la atención

Creencias  
positivas

Percepción de control



# Factores psicosociales



Malas relaciones familiares  
Malas relaciones laborales  
Mala gestión del tiempo  
Apoyo social inadecuado  
Ausencia de ocio reforzante

Cambios en todos  
estos aspectos que  
requieren apoyo  
especializado



# Factores físicos



- Intensidad de la estimulación dolorosa
- Duración de la estimulación dolorosa
- Extensión del daño o lesión
- Gravedad del daño o lesión
- Mal funcionamiento de los sistemas musculares, viscerales, nervioso, etc.
- Cicatrices residuales dolorosas
- **Constitución de la persona**
- **Factores hereditarios**
- **Inactividad**

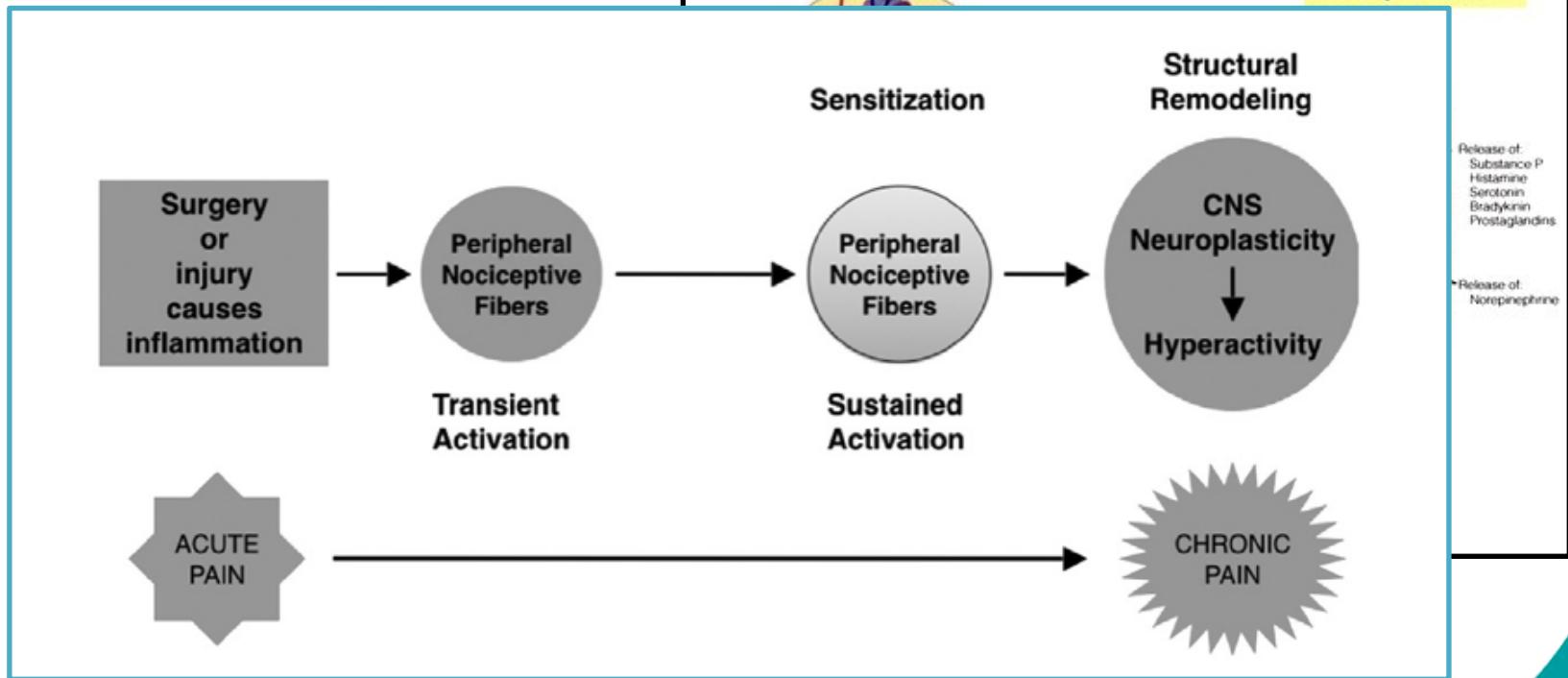
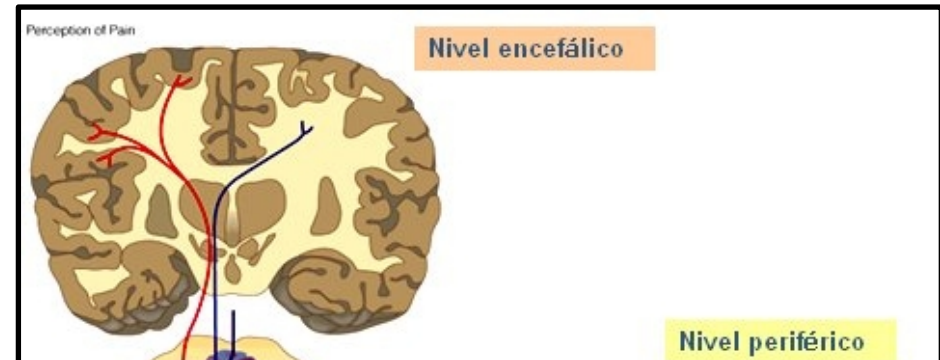


- **Constitución de la persona**
- **Factores hereditarios**
- **Nivel de Actividad**
- **Tratamientos físicos**
- **Tratamientos farmacológicos**
- **Cambio de hábitos**
- **Actividad, ejercicios**
- **Ergonomía**

# Un paso más: Sensibilización Central

Vías ascendentes **excitatorias**  
Vías descendentes **inhibitorias**

Las vías excitatorias no siempre funcionan igual



# Un paso más: Sensibilización Central

- Alteración del estado funcional de las neuronas nociceptivas: se incrementa la excitabilidad de las membranas y se decrementa la transmisión inhibitoria.
- Las neuronas afectadas pueden mostrar actividad espontánea.
- **Hiperalgia.** La respuesta sensorial ante actividad normal (estímulos inocuos o actividad normal del cuerpo) se ve amplificada. Un dolor “pequeño” se convierte en “grande”
- **Alodinia.** Cosas no dolorosas se transforman en dolorosas. Los sentidos se vuelven locos (duele la luz, el sonido, el roce, los olores...)
- Se describen otros problemas asociados como **déficits cognitivos** (baja concentración, fallos de memoria a corto plazo) ...



# ¿Cuándo, quién y porqué?

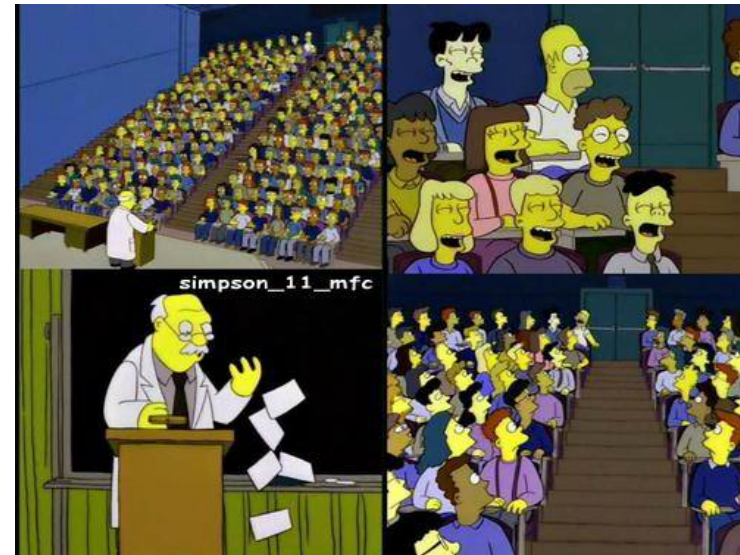
## Pato

- Ar
- Ar
- Ar
- Fi
- EF
- D
- m
- D
- Endometriosis
- Síndrome de dolor regional complejo
- Síndrome de colon irritable
- Síndrome de fatiga crónica
- Heridas por accidente o post-quirúrgicas
- Lesiones en cervicales
- .....



## Factores asociados al desarrollo de SS

- **Factores genéticos**
- **Factores psicofisiológicos:** respuesta al estrés, ansiedad...
- **Antecedentes:** ansiedad, traumas físicos y psicológicos, depresión...
- **Modelo previo de respuesta al dolor:** depresión, ansiedad, evitación, trastornos del sueño, refuerzo...



# Resumen



## DOLOR CRÓNICO

- ❖ Deberían abandonarse los términos: “somatización”, “síntomas no explicados por condición médica”, “síndrome somático funcional”, “dolor idiopático”, “dolor psicógeno”....
- ❖ Hay que borrar definitivamente la dicotomía orgánico-no orgánico



# Resumen

- El dolor crónico no puede ser abordado del mismo modo que el dolor agudo
- En el manejo del dolor es imprescindible el uso de técnicas psicológicas en todas sus fases:
  - Para minimizar su intensidad y el modo en que interfiere en la vida del individuo que lo padece
  - Para prevenir su cronificación
  - Para evitar que aparezcan procesos de sensibilización central

Gracias por  
vuestra atención



## REVISIÓN

149  
Rev. Soc. Esp. Dolor 7: 149-156, 2000

### *Del umbral a la neuromatriz*

R. Melzack

Melzack R. *From the gate to the neuromatrix. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 149-156.*

#### SUMMARY

The gate control theory's most important contribution to understanding pain was its emphasis on central neural mechanisms. The theory forced the medical and biological sciences to accept the brain as an active system that filters, selects and modulates inputs. The dorsal horns, too, were not merely passive transmission stations but sites at which dynamic activities (inhibition, excitation and modulation) occur. The great challenge ahead of us is to understand brain function. I have therefore proposed that the brain possesses a neural network—the body-self neuromatrix—which integrates multiple inputs to produce the output pattern that evokes pain. The body-self neuromatrix comprises a widely distributed neural network that includes parallel somatosensory, limbic and thalamocortical components that subserve the sensory-discriminative,



PAIN<sup>®</sup> 152 (2011) S2-S15

PAIN<sup>®</sup>

[www.elsevier.com/locate/pain](http://www.elsevier.com/locate/pain)

Para saber más

Review

## Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain

Clifford J. Woolf

Program in Neurobiology and FM Kirby Neurobiology Center, Children's Hospital Boston, Department of Neurobiology, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Sponsorships or competing interests that may be relevant to content are disclosed at the end of this article.

#### ARTICLE INFO

Article history:  
Received 9 August 2010  
Received in revised form 24 September 2010  
Accepted 24 September 2010

#### ABSTRACT

Nociceptive inputs can trigger a prolonged but reversible increase in the excitability and synaptic efficacy of neurons in central nociceptive pathways, the phenomenon of central sensitization. Central sensitization manifests as pain hypersensitivity, particularly dynamic tactile allodynia, secondary punctate or pressure hyperalgesia, after-sensations, and enhanced temporal summation. It can be readily and rapidly