

Sesgos cognitivos en el dolor crónico no oncológico. Cognitive biases in chronic non-Cancer pain.

Rodríguez Alvarado, Alejandra ⁽¹⁾

Resumen

Los sesgos cognitivos son un constructo que acuñaron Kahneman & Tveysky (1972) en su Enfoque de Sesgos dentro de la Psicología Cognitiva. Estos son atajos intelectuales que realizan siempre las personas, desde un razonamiento probabilístico intuitivo. El presente trabajo es una primera aproximación que intenta aplicar y describir algunos sesgos cognitivos en el complejo mundo de las representaciones mentales en la experiencia dolorosa, como la ilusión de control; del presente; la confirmación; representatividad; disponibilidad, entre otros. Los sesgos en dolor nos permiten comprender el procesamiento de información frente al dolor y utilizar estrategias comunicacionales más efectivas para su abordaje.

Palabras claves: comunicación, dolor crónico, pensamiento, sesgos cognitivos

Abstract

Cognitive biases are a construct coined by Kahneman & Tveysky (1972) in their Approach to Biases in Cognitive Psychology. These are intellectual shortcuts that people always carry out, from an intuitive probabilistic reasoning. An attempt is made to apply and describe some cognitive biases in the complex world of mental representations in the painful experience, like the illusion of control; of the present; the confirmation; representativeness; availability among others. Biases in pain allow us to understand the processing of information in the face of pain and use more effective communication strategies to address it.

Keywords: communication, cronic pain, cognitive biases, thought

(1) Psicóloga, Doctoranda en Psicología, Magíster en Psicología Clínica, Magíster en Docencia Universitaria, Directora Centro del Dolor CHILE, miembro directorio ACHED-CP

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en su última revisión del 2020 sobre el concepto del dolor, volvió a ratificar que el dolor es una experiencia personal en donde participan múltiples factores, entre ellos los psicológicos como cognitivos, afectivos, conductuales y de personalidad (Raja et al., 2020). Todos los estudios enfatizan que los factores cognitivos son centrales en la modulación de dicha experiencia, es decir, influyen en la intensidad, cronificación y evolución del dolor.

En Chile, como en el mundo, el dolor es un problema de Salud que presenta costos sanitarios (depresión, ansiedad, insomnio, entre otros) como no sanitarios (ausentismo laboral, licencias, entre otros) (Espinoza et al., 2017). Las personas con dolor crónico necesitan resolver este problema ya que merma su calidad de vida y produce discapacidad. Es un problema serio que se ubica en lo prioritario para el que lo padece e invisible para el resto.

La psicología cognitiva ha mostrado en esta área una contundente evidencia. El supuesto central de este enfoque es que la conducta humana no puede entenderse ni explicarse científicamente sin apelar a constructos mentales con capacidad causal sobre la misma. Continúa siendo su objetivo último el tratar de explicar la conducta, sin embargo, la conducta en sí misma deja de ser objeto de investigación y pasa a ser considerada simplemente una respuesta de las estructuras, representaciones mentales y los procesos que operan sobre ellas (Méndez Paz, 2010 en Fernández-Rey et al., 2010).

De Vega (1998) plantea que “si asumimos una noción amplia de psicología cognitiva, el estudio de las funciones de la memoria, la atención, el lenguaje o el pensamiento, serán temas centrales de la ciencia, independientemente del paradigma dominante. Este tipo de cuestiones tienen un interés intrínseco y no son simples puzzles académicos del momento” (p.24).

Un proceso fundamental con fuerte evidencia en la experiencia del dolor es el pensamiento. Ellis (1962), definió catastrofización como un constructo complejo, trifactorial, en donde la persona magnifica pensamientos automáticos negativos (PANS), presenta rumiaciones cognitivas, es decir, los repite sin intención ni control y cae en un estado emocional que se denomina desesperanza o indefensión. En el Modelo Miedo-Ansiedad-Evitación del dolor de Vlaeyen & Linton (2000; 2004), se describe a la catastrofización como el factor central y de inicio del circuito de la cronificación en el dolor (Vlaeyen et al., 2016).

Razonamiento probabilístico

El pensamiento es definido como una actividad mental no rutinaria, con esfuerzo, en la que se busca una meta u objetivo, aunque exista incertidumbre, es un proceso que abarca diversos razonamientos y la toma de decisiones para resolver problemas (De Vega, 1984). Un tipo de razonamiento es el probabilístico. Para Piaget (1920 a 1980), este razonamiento forma parte de los ocho esquemas formales que aparecen en

la adolescencia y consiste en hacer un cálculo mental sobre las probabilidades de que vaya a ocurrir o hayan ocurrido uno o varios hechos. Es una evaluación que se realiza frente a problemas abiertos y, por lo tanto, no muy bien delimitados, en donde la información varía temporalmente. Por este motivo, no se puede estar seguro de que las predicciones realizadas se vayan a cumplir, que la decisión sea la correcta o que no haya otras causas posibles que estén produciendo el efecto que se desea. Obviamente, todo lo anterior genera incertidumbre y falta de control (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero & Asensio, 2008).

Los procesos de pensamiento probabilístico estarían determinados por la necesidad de adaptarnos a un mundo dinámico, en el que la información se modifica continuamente y que no podemos conocer en su totalidad. Surge frente a este mundo probable, por este dinamismo propio de este siglo, de estas realidades cambiantes, de esta modernidad líquida, como lo plantea Bauman (2013).

Afirma Tejada (2005), “fuimos formados en concepciones estáticas, basadas en el equilibrio, la estabilidad, la perpetuidad... construimos entonces la creencia de un mundo estable, llevándonos al desarrollo de comportamientos relacionados con esas creencias... hoy existen retos y desafíos que implican nuevas miradas de la actuación humana, nos vemos abocados a cambios tan dramáticos que implican el desequilibrio, la irregularidad, la inestabilidad y la incertidumbre” (Tejada, 2005, p.118).

Pérez & Bautista (2008), afirman que “este conocimiento de la variabilidad del mundo debe utilizarse para reducir la incertidumbre” (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008, p.179).

Enfatizan “azar y probabilidad, son un resultado de la relación entre lo posible y lo real, por lo cual, realizar un cálculo de probabilidades es precisamente convertir esta relación entre lo real (aquello que puedo controlar, de lo que tengo un alto grado de certidumbre) y lo posible (aquello que no puedo controlar que es incierto y variable) en un cálculo matemático o en un razonamiento lógico” (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008, p.182).

El dolor es una experiencia cambiante, es una realidad que desafía al que la padece y al profesional de la salud que la aborda por su dificultad de predecir su curso. Desde el paciente, la meta es aceptar esa realidad dolorosa, no para resignarse frente a ella como una derrota, sino para generar las medidas necesarias, percibiendo que es capaz de manejarla y así propiciar un cambio. Aceptar la variabilidad es comenzar a manejar la incertidumbre que genera ansiedad; es el primer paso para poder actuar, cambiar. Desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1987), los individuos poseen un auto-sistema que les permite medir el control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. Dentro de su teoría, plantea el Modelo de causación triádica recíproca, que está compuesto por tres elementos: la conducta; los factores personales, que incluyen eventos cognitivos, afectivos y biológicos, y, finalmente, factores medioambientales (Tejada, 2005). Otro concepto central es

la autoeficacia que implica un grupo diferenciado de creencias enlazadas en distintos dominios de funcionamiento como la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación, los afectos y respuestas fisiológicas. Afecta, también la conducta en relación con la elección de la respuesta como al esfuerzo a realizar en una actividad (Tejada, 2005).

Bandura (1987) precisa que la autoeficacia es un constructo específico, por lo cual debe observarse y medirse en contextos particulares. De esta manera, en el dolor la autoeficacia sería la percepción que tiene la persona sobre su capacidad de manejarlo, por lo cual, una autoeficacia baja en el dolor, se considera un factor de riesgo, porque llevará a perpetuar el circuito vicioso de un pensamiento catastrófico, el consecuente miedo, la respuesta de evitación y la cronificación.

Intuición

Fichsbein (1987) menciona que al hablar de probabilidad debemos referirnos a “intuiciones primarias y secundarias”. Las intuiciones primarias están ligadas a la acción, se pueden entender como programas de acción motores o simbólicos que surgen a partir de la experiencia física y social con el mundo. Y poseen las siguientes características: inmediatez, globalidad, capacidad extrapolatoria, estructurabilidad y auto-evidencia (Fichsbein, 1987; Zamora & Sanz, 2014).

La inmediatez significa que las intuiciones no son reflexivas, sino que surgen con frecuencia en forma espontánea. Como nuestra conducta es probabilística por naturaleza, se desarrollaría esta intuición primaria probabilística. El carácter global se opone al analítico o descomposición en partes. Las intuiciones van más allá de un caso particular, sirven para extrapolar o hacer predicciones. Parecen autoevidentes para el sujeto, quien no necesita demostración. Las intuiciones se relacionan entre sí, formando estructuras de razonamiento (Zamora & Sanz, 2014). Hogarth (2001) coincide con Fischbein en que el origen de nuestro razonamiento probabilístico tiene un carácter intuitivo. Para este autor, una respuesta intuitiva es aquella que se obtiene sin esfuerzo ni deliberación y habitualmente sin conciencia; son el resultado del aprendizaje de la experiencia, que también se produce automáticamente (Hogarth, 2001; Zamora & Sanz, 2014; Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008).

La mayor parte de los juicios y de las elecciones se efectúan intuitivamente. El juicio intuitivo se ubica entre las operaciones automáticas de la percepción y las operaciones deliberadas del razonamiento. La intuición puede llevar a resultados correctos (entrenamiento), pero generalmente comete errores (Cienfuegos, 2017).

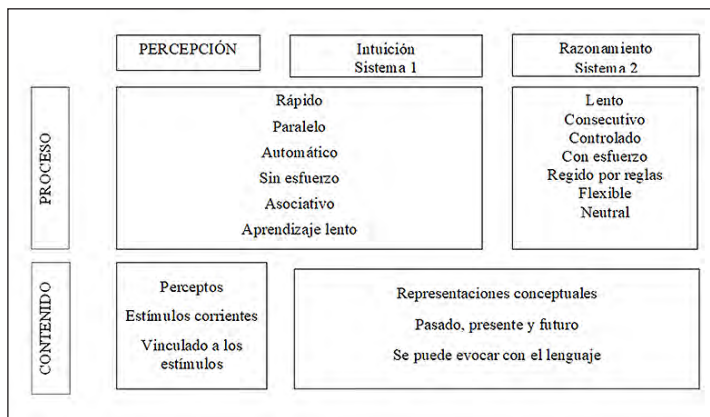
Intuición y Razonamiento

Kahneman (2002; 2015) propone un modelo de funcionamiento mental que está basado en dos sistemas distintos denominados: “sistema 1” y “sistema 2”. Estos sistemas no están ubicados en ninguna zona concreta del cerebro, simplemente se refieren a modos de procesamiento

de la información diferentes. El sistema 1 tiene un modo de procesamiento automático, basado en impresiones, intuiciones y sensaciones, funciona con la ley “lo que se ve es todo lo que hay” y es impulsivo, rápido y opera sin esfuerzo, dependiendo del contexto. Mirar y orientar la atención son funciones automáticas del Sistema 1 (Cienfuegos, 2017; Kahneman, 2015). En cambio, la función del sistema 2 es el pensamiento controlado (razonamiento). Sirve para realizar cálculos complejos, opera con esfuerzo, requiere de esa atención, de la memoria y sigue reglas, está involucrado en todos los juicios, tanto si son originados por impresiones o por razonamiento deliberado, recibe preguntas o las gestiona y en ambos casos dirige la atención y busca en la memoria para encontrar las respuestas. Su punto débil es que a menudo racionaliza ideas y sensaciones que han sido generadas por el sistema 1 (Cienfuegos, 2017; Kahneman, 2015).

Refiere Kahneman (2015) que “el sistema 1 actúa automáticamente y el sistema 2 se halla normalmente en un confortable modo de mínimo esfuerzo en el que solo una fracción de su capacidad está ocupada. El sistema 1 hace continuamente sugerencias al sistema 2: impresiones, intuiciones, intenciones y sensaciones. Si cuentan con la aprobación del sistema 2, las impresiones e intuiciones se tornan en creencias y los impulsos en acciones voluntarias. Cuando pensamos en nosotros mismos, nos identificamos con el Sistema 2, con el yo consciente, racional, que tiene creencias, hace elecciones y decide qué pensar y qué hacer” (Kahneman, 2015, p.39).

Figura 1. Sistemas del funcionamiento mental.



Nota: Adaptado de "Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual" (p.185), de D.Kahneman (2013), Revista asturiana de economía-RAE, 28.

El sistema 1 tiene relación con la heurística que, en psicología, son sencillas reglas generales que los humanos utilizan para facilitar la toma de decisiones y éstas se siguen de manera inconsciente.

Por lo general, cuando los individuos se enfrentan a problemas complejos o información incompleta, como, por ejemplo, frente al dolor, sirven para reformular el problema y transformarlo en uno más simple. La heurística es un procedimiento sencillo que nos ayuda a encontrar respuestas adecuadas, aunque a menudo imperfectas, a preguntas difíciles (Kahneman, 2015). Para Gigerenzer (2008), los heurísticos pueden ser una forma útil y relativamente eficaz de resolver problemas en los que de otra forma nos quedaríamos atascados, de esta manera, para tomar buenas decisiones bajo incertidumbre (no en un contexto de riesgo) los heurísticos son indispensables. Para Kahneman (2015) los heurísticos deben tratar de reducirse ya que conducen a errores.

Sesgos cognitivos

Estos atajos intelectuales suelen ser útiles, pero a veces conducen a errores sistemáticos y predecibles, lo que Daniel Kahneman y Amos Tversky (1972; 1979) denominan sesgos cognitivos en su Enfoque de Sesgos. En general, se describen desde estos autores como de otros, diferentes tipos como representatividad; error fundamental de atribución; ilusión de control y de entender; efecto halo (coherencia); explicación retrospectiva o sesgo del resultado; sobreconfianza; aversión a la pérdida; efecto arrastre; del presente; disponibilidad o accesibilidad; de la confirmación, entre otros (Kahneman, 2015, 2011; Cerezo, 2020).

Tipos de sesgos en el dolor

Los que podrían describirse en el razonamiento probabilístico de las personas con dolor serían los siguientes:

Representatividad o semejanza

Se define como, a partir de una muestra (parte) que es representativa del todo, se valora la totalidad. Se valora por el grado de semejanza entre los acontecimientos que se están evaluando y es direccional, ya que nos permite valorar en qué medida una muestra es representativa de un todo, pero no a la inversa. Sin embargo, a veces esta relación puede ser reversible y se juzga la representatividad de un modelo en función de la muestra (Carretero & Ascencio, 2008).

Las expectativas de tratamiento están determinadas, además, por experiencias de tratamiento anteriores, usando paradigmas del aprendizaje asociativo (Bingel, 2020). Las experiencias con los profesionales que abordan el dolor y sus tratamientos son muy relevantes, ya que se asocian con expectativas y tendencias de los pacientes a generalizar o representar, es decir, por ejemplo, desde un resultado desfavorable de un tratamiento hacia todos los futuros resultados de otros tratamientos.

Así surgen expectativas catastróficas frente a los resultados, y se tiende a representar ese resultado como el de todos los posibles resultados. Las expectativas de este tipo, sumado a la desesperanza que se instalaría, refuerza el circuito de la cronicidad.

Otra arista de este sesgo es atribuir semejanzas a hechos que son totalmente azarosos o aleatorios. Construimos en nuestra mente pautas de relación de acuerdo con los resultados, que no necesariamente son causales o tienen relación. A esto se le llama distorsión en la percepción de la aleatoriedad. Si bien es muy importante indagar los eventos que gatillan los episodios de dolor, para establecer patrones de dolor, también es relevante aceptar que, en muchas ocasiones, no los hay, o no siempre se producen por un evento, es decir, son azarosos. El sesgo de la representatividad puede inducir a las personas a confundir las fluctuaciones aleatorias con pautas causales (Sunstein & Thaler, 2017).

Ilusión de Control

Es la creencia de que existe mayor relación causal entre nuestro comportamiento y los sucesos posteriores de lo que realmente hay (Kahneman, 2015). Las personas con dolor necesitan percibir un monto de control del dolor como de la enfermedad que causa ese dolor. Desde el Modelo Multidimensional de Locus de Control, el concepto de locus de control en Salud se define como el lugar donde la persona ubica el control. Se denomina locus de control interno en Salud (LCIS) a la creencia de que factores internos son responsables por la salud o enfermedad, es decir, el individuo ubica el control en él (Zuercher-Huerlimann et al., 2019; Rogowska et al., 2020).

Se ha estudiado que el LCIS es un factor protector, ya que se relaciona con la adaptación a la enfermedad, por lo que se encuentra positivamente relacionado con el bienestar subjetivo de la persona, mientras que su ausencia se relaciona con ansiedad y depresión (Zuercher-Huerlimann et al., 2019; Rogowska et al., 2020). La mayoría de los estudios arrojan que el LCIS es un factor protector como se mencionó anteriormente, sin embargo, cuando uno indaga en este constructo, se da cuenta que no necesariamente el locus interno es un factor protector por sí solo. Por ejemplo, si de manera habitual atribuyo al éxito de mi tratamiento solo a lo que uno ha realizado, esto se relaciona con el sesgo de autocomplacencia o, al contrario, por dejar de hacer algo en particular, pienso que es la causa del fracaso, esto se refiere en estricto rigor al sesgo de la ilusión de control. Otras veces observamos a pacientes sentirse culpables y/o responsables por sus dolores o enfermedades; esta atribución de sus dolencias, aunque sean internas, limitan el proceso de la recuperación. La atribución causal del éxito o fracaso del resultado de un tratamiento es lo que la Teoría de la Atribución de Weiner (1985) propone. Las características de las atribuciones causales y sus consecuencias psicológicas (emoción y expectativas), influyen en el estado motivacional de la persona, por lo tanto, determinan su conducta futura (Manassero & Vásquez, 1995).

Justamente, el locus de control es un constructo que debe analizarse en función de otras variables, como atribuciones y autoeficacia. Las creencias sobre donde se encuentra el control se relacionan con la representación subjetiva de las habilidades de una persona para controlar o modificar los hechos que ocurren en su vida, es decir, con su autoeficacia. Como se mencionó, la necesidad de control y la percepción de tenerlo es un factor cognitivo protector, tanto para la salud como en el dolor, sin embargo, se podría hipotetizar que tanto la ilusión de control en un polo como en el otro polo, la percepción de

incontrolabilidad, son sesgos perjudiciales considerándose factores de riesgo, por lo cual es necesario intervenir para ajustarlos a la realidad.

La percepción de falta de control produce un sentimiento de incontrolabilidad basado probablemente por un lado en la desesperanza o indefensión (dimensión afectiva) del constructo o factor cognitivo denominado catastrofización por Ellis (1962) y, por la baja autoeficacia (Rodríguez, 2021).

Error de Atribución

“A mí me gustaría ir al kinesiólogo, pero las últimas dos veces que fui, me dolió. Así que mejor no voy, así no me duele”, este ejemplo, ilustra que el pensamiento de esta persona se basa en el error fundamental de atribución. Este se relaciona y atribuye una consecuencia (dolor) a un evento que no necesariamente es directa. Se asocia al tratamiento kinésico una consecuencia que le llevará ese resultado, siendo claramente posible, pero los resultados a la larga serán justamente la mejoría en ese dolor. Se le atribuye a un otro (kinesiólogo) la consecuencia del dolor, por lo cual, se decide dejarlo.

Houchman (1950) autor del Modelo de Creencias en Salud (HBM), propuso en relación con las expectativas, que son predicciones del futuro de una situación, la expectativa-resultado-consecuencia (E-R-C), que explica que la persona no solo tendrá expectativas del resultado, sino de las consecuencias que le llevará ese resultado. Por ejemplo, una cirugía de Hernia (HNP) puede ser exitosa (resultado), pero no necesariamente eliminar el dolor (consecuencia). Los pacientes pueden tener expectativas adecuadas y realistas del resultado, pero no así de las consecuencias, que en la mayoría de los casos es no sentir más dolor (Rodríguez, 2021 en San Martín (ed.), 2021).

Aversión a la Pérdida

Este sesgo explica que los humanos le damos más importancia a una pérdida que a una ganancia del mismo valor, es decir, preferimos evitar una pérdida que adquirir una ganancia (Cerezo, 2020). Las personas no les asignan un valor específico a los objetos, sin embargo, cuando los pierden les afecta más de lo esperado. Esta aversión a la pérdida, común del ser humano, contribuye a producir inercia, es decir, un fuerte deseo de conservar lo que hay, no moverse. Este sesgo nos impulsa a “no hacer cambios”, inclusive cuando éstos nos beneficien (Sunstein & Thaler, 2017).

Para algunos pacientes ir a terapia es perder dinero y tiempo, sin considerar la ganancia a mediano y largo plazo que significa para el proceso de recuperación. Este sesgo también se puede asociar con el sesgo del presente. Los pacientes quieren resultados rápidos, ya que están agobiados por el dolor, que es comprensible, pero también porque estamos inmersos en una sociedad con una fuerte tendencia a la inmediatez y marcada intolerancia a los procesos y al *displacer* que puede significar el camino de la recuperación. Se resisten a aceptar que es un proceso que requiere tiempo, con altos y bajos, con avances y retrocesos, donde el dolor estará presente.

Statu quo

Algunos autores lo plantean como otro sesgo, ya que la aversión a la pérdida no es la única causa de la inercia, sino que también se puede explicar por la fuerte tendencia general de las personas a aferrarse a la situación actual (Sunstein & Thaler, 2017). Lamentablemente, sabemos que el sedentarismo es marcado entre los pacientes con Fibromialgia y otras patologías que cursan dolor y, aunque sepan que es necesario realizar ejercicio físico regular, no lo hacen. Justamente este sesgo puede traer consecuencias más importantes para la salud y es una explicación más del porqué de esa conducta.

La falta de atención es una de las causas de este sesgo, las personas se inclinan a seguir por “más de lo mismo”, sin prestar atención a lo que realmente les puede ayudar más. Esto se ejemplifica en la tendencia al *coping* pasivo en el dolor, es decir, las personas tienden a no explorar, quedarse en las mismas estrategias de afrontamiento que muchas veces ya no resultan. Siguen en decisiones irreflexivas, sin detenerse (foco-atencional) a considerar lo que están realizando y evaluar si es efectivo o no. Esto, sumado a la aversión a la pérdida, incrementa la probabilidad de no hacer cambios.

Efecto de Arrastre

Los sesgos anteriores conducen al sesgo de efecto de arrastre o *bandwagon*, consistente en hacer lo que hace la mayoría de personas, independientemente de si es lo correcto o no (Cerezo, 2020). Esto podría verse en los grupos de pacientes que participan en redes sociales, donde lo que opina uno puede llevar al resto a opinar o pensar lo mismo. El colectivo social-cultural tiene una fuerza fundamental en las creencias y acciones de los individuos, ya sean grupos, familia, pares. Es imperioso que el profesional conozca mínimamente el mundo de creencias en estos contextos para comprender sus acciones y omisiones, y poder intervenir en aquellas que dificultan la recuperación.

A su vez, el colectivo puede tener un valor positivo muy significativo en el tratamiento del dolor. Intervenciones basadas en grupos terapéuticos, grupos de apoyo, poseen una gran evidencia en el abordaje en el dolor (Iglesias, 2017; Rodríguez-Marín et al., 2021).

Del Presente

Alude a un marcado predominio por el presente, los resultados a corto plazo, que los de largo plazo. Vemos el futuro más optimista de lo que puede ser, porque percibimos que el tiempo para solucionar los problemas es mayor. El sesgo que envuelve este tipo de comportamientos se conoce como Sesgo del Presente, con el cual nuestras decisiones y preferencias se centran en disfrutar más del presente que del futuro (Cerezo, 2020). Como se mencionó, se podría hipotetizar como un sesgo que explicaría el sedentarismo presente en la población, por ejemplo de Fibromialgia, que a pesar de saber y creer que el ejercicio es una actividad que favorecerá su calidad de vida a largo plazo, no lo realizan (Cuyul et al., 2021).

Disponibilidad o Accesibilidad

Consiste en sobreestimar la información que se nos presenta más disponible y accesible, considerando que aquello que se nos viene a la mente es lo más común o importante (Cerezo,

2020). La accesibilidad consiste en creer que cuanto mejor recuerdes un suceso o más fácilmente accedas a ese recuerdo, más frecuente ha sido ese acontecimiento y, por tanto, es más probable (Kahneman, 2015). Este heurístico nos puede llevar a errores producidos por la prominencia de los datos, por la singularidad de los datos o por coincidir con nuestras teorías previas (Carretero & Ascencio, 2008).

Los estudios recalcan que la rumiación cognitiva (RU), proceso presente en muchas patologías, en donde se repite una y otra vez ciertos pensamientos negativos, jugaría un rol particular en el sufrimiento psicológico asociado al dolor. La repetición produciría un mayor acceso a dicha información, la que se consignará como más probable y más creíble. Desde este marco teórico, es fundamental por lo tanto, evaluar y controlar la rumiación en el dolor.

A su vez, si los profesionales de la Salud constantemente les informan a los pacientes que “tienen que vivir con el dolor” u otras verbalizaciones de esta índole, es esperable que su respuesta emocional sea la desesperanza, sentirse abatidos con esa información y lo más probable es que la persona actúe desde el miedo y se sienta más vulnerable, lo que influirá en una disminución de su autoeficacia. Estas verbalizaciones refuerzan este sesgo de la disponibilidad. Esto nos lleva a recalcar la importancia del lenguaje verbal en la relación profesional-paciente. Lo que decimos (contenido), cómo lo decimos (forma) y dónde lo decimos (contexto), debe ser una preocupación para todo profesional de la salud. La información verbal que la profesional entrega es gravitacional y, puede constituir un nocebo, es decir, una información perjudicial que reforzará creencias limitantes previas del paciente, exacerbándolas o iniciará una construcción de creencias desadaptativas para la recuperación (Bingel, 2020; Horment et al., 2022).

Enmarcado o framing

Las decisiones dependerán, en parte, de la forma en que se enuncian los problemas, es decir, de la forma en que se verbalizan, aunque el contenido sea el mismo (Sunstein & Thaler, 2017). Estos aspectos comunicacionales son uno de los principios o axiomas en la comunicación que alude al nivel de contenido y de relación propuesto por el filósofo y psicólogo austriaco Paul Watzlawick (1921-2007). Este axioma quiere decir que siempre que nos comunicamos, no sólo transmitimos la información que deseamos dar, sino también otra información que tiene que ver con otros aspectos que atañen a la comunicación misma (meta-comunicación), y que tienen que ver con el modo en que el mensaje debe interpretarse.

Es fundamental que los profesionales de salud aprendan a utilizar técnicas de comunicación para con sus pacientes, ya que estas incrementan cambios de comportamiento en el manejo del dolor (Castellano, 2015).

De la Confirmación

Se describe como la tendencia a buscar e interpretar informaciones que confirman nuestras percepciones o creencias. Así, se le da, por lo tanto, más importancia a los argumentos que refuerzan nuestras ideas preconcebidas que a aquellos que las contradicen (Jonas et al., 2001). Tenderemos pues a

ignorar las informaciones que contradigan o vulneren nuestras preconcepciones o creencias; esto se debe a la resistencia de nuestras estructuras mentales para asimilar nueva información, aunque ésta sea favorable.

Se puede caer en un circuito de confirmación, buscando solo información de ratificación en lugar de refutarla; una tendencia que Kahneman (2011) interpretó como “lo que vemos es todo lo que hay”, que tiene que ver con los heurísticos mencionados anteriormente (Cerezo, 2020). Esto explicaría lo que se describe en algunos pacientes con dolor crónico, una resistencia a la mejoría, aunque en un nivel más consciente obviamente quieren, en otro más inconsciente a veces ya no creen, están en una posición de in-creencias, es decir, de no creer, lo que los lleva a no movilizarse, a quedarse quietos, sin avanzar en su proceso de recuperación como lo plantea Rokeach (1960) en su Modelo de Increencias (Fernández del Riesgo, 1996).

Conclusiones

Los sesgos son comunes y propios de los seres humanos, ellos influyen en la mayoría de las decisiones, por lo cual, es relevante detenerse a indagar y describir cuáles son estos en el razonamiento sobre la salud y el dolor en personas con diagnósticos médicos que cursan dolor crónico, debido a que este último, en la actualidad es considerado como una enfermedad en sí misma, una condición que lleva a presentar creencias limitantes que afectan la recuperación y adherencia al tratamiento. En general, las personas con dolor se evalúan como poco capaces, con poco control sobre su dolor, con expectativas catastróficas frente a su recuperación. Existe contundente evidencia que tales evaluaciones desadaptativas, negativas, sobre su situación y su eficacia personal refuerzan la experiencia de desesperanza y discapacidad, perpetuando el circuito de la cronicidad en el dolor, sin embargo, existen pocos estudios sobre cuáles serían estos sesgos en particular.

Además, es relevante disminuir el nivel de incertidumbre cuando se toman las decisiones. Cuando el decisor no tiene conocimiento de los resultados de ninguno de los estados de la naturaleza y/o es costoso obtener la información necesaria, la decisión dependerá netamente de su personalidad, por lo cual el riesgo será muy alto (Peñaloza, 2010). En el contexto del dolor, se podría hipotetizar que las decisiones que se toman son en condiciones de riesgo (Peñaloza, 2010), ya que la información que existe sobre el tema es parcial o ésta no es del todo exacta, por tanto, lo que se decida tendrá un riesgo asociado.

En síntesis, las personas con dolor utilizan diversos sesgos e, inclusive, en un mismo pensamiento pueden describirse varios, por lo cual es central identificar para después utilizar diversas estrategias comunicacionales eficaces para reducirlos. Tienen fuerte evidencia las de tipo educativo y de persuasión, es decir, en psicología (la psicoeducación) y en kinesología (la educación en dolor), sin embargo, su uso es necesario, pero no suficiente para comenzar a generar un cambio.

Se debe pensar en un cambio colectivo, en generar políticas públicas para la problemática del DCNO, sobre todo en los países de Latinoamérica. En este sentido, se proponen los nudges planteados por Sunstein & Thaler (2008) que

“disminuyen los sesgos y son herramientas que ayudan o empujan al cambio personal y colectivo” (Cerezo, 2020, p.430). Este “pequeño empujón” que actúa a partir de reconfigurar la arquitectura de la decisión, implica una estrategia o modelo de intervención que busca mejorar la efectividad de las políticas públicas de modo de alcanzar los objetivos por ellas mismas planteados. Se denominan tecnologías de políticas públicas que buscan incrementar la eficiencia y, en consecuencia, los niveles de confianza y cooperación (Güemes, 2017; Sunstein & Thaler, 2017).

En Chile, en el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2017), se enfatiza que la propuesta debe ser desde un “enfoque centrado en el paciente, que persiga mejoras de equidad en el acceso y que responda primariamente al dolor crónico musculoesquelético como problema de salud y no únicamente a las causas que le subyacen” (Espinoza et al., 2017, p.20)

Referencias Bibliográficas

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bauman, Z. (2013). Sobre la educación en un mundo líquido. Paidós. Estado y Sociedad.
- Bingel, U. (2020). Placebo 2.0: the impact of expectations on analgesic treatment outcome. *Pain*, 161, 248-256.
- Carretero, M.; Asensio, M. (eds.) (2008). *Psicología del pensamiento: teoría y práctica*. Alianza Editorial.
- Castellano, N. (2015). Relación entre la comunicación (verbal y no verbal) y el dolor en el entorno sanitario: Una revisión narrativa estructurada. Tesis de grado Enfermería. Facultad de Salud. Universidad de Jaén.
- Cerezo, M. (2020). Sesgos cognitivos en la comunicación y prevención de la COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 419-435.
- Cienfuegos, B. (2017). *Economía conductual: reflexiones psicológicas*. [Tesis de grado en Economía, Universidad Pública de Navarra]
- Cuyul-Vásquez, I; Contreras, M; Ordoñez, R; Neira, P; Maragaño, N; Rodríguez, A. (2021). Recomendaciones clínicas para la rehabilitación de personas con Fibromalgia. Una revisión narrativa. *Rev.de la Sociedad Española del Dolor*, 28 (4): 194-210.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Alianza Editorial.
- De Vega, M. (1998). La psicología cognitiva: ensayo sobre un paradigma en transformación. *Anuario de Psicología*, 29(2), 21-44.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart
- Espinoza, M., Repetto, P., Cabieses, B., Vargas, C., y Zitzko, P. (2017). Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile. *Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas 2017*. Universidad Católica de Chile, Capítulo I, 19-42.
- Fernández del Riesgo, M. (1996). Raíces socio-culturales de la creencia contemporánea. *Anales Del Seminario De Historia De La Filosofía*, 509-522.
- Fischbein, E. (1987). *Intuition in science and mathematics*. Dordrecht: Reidel.
- Gigerenzer, G. (2008). *Decisiones instintivas. La inteligencia del Inconsciente*. Ariel.
- Güemes, C. (2017). ¿Nudge en América Latina? Incidir en el comportamiento individual, obtener resultados colectivos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 43-74.
- Hogarth, R. (2001). *Educating intuition*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horment-Lara, G., Lüttges-Sciaccaluga, C., Espinoza-Ordóñez, C., & Aliaga-Castillo, V. (2022). "I don't want to be a burden" A qualitative study of the beliefs of women with chronic low back pain in relation to their painful experience. *Musculoskeletal science & practice*, 59, 102539. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102539>
- Iglesias, M. C. (2017). Intervención grupal y autocuidados en el dolor crónico osteomuscular. *Atención Primaria*, 49(2), 122-124.
- Jonas, E., Schulz-Hardt, S., Frey, D. & Thelen, N. (2001). Confirmation bias in sequential information search after preliminary decisions: an expansion of dissonance theoretical research on selective exposure to information. *Journal of personality and social psychology*, 80(4), 557.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Kahneman, D. (2003). *Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual*. Revista asturiana de economía-RAE, 28.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D. (2015). Pensar rápido, pensar despacio. *Debate*.
- Manassero, M.A & Vázquez, A. (1995). La atribución causal como determinante de las expectativas. *Psicothema*, 7(2), 361-376.
- Méndez Paz, C. (2010). "Los procesos psicológicos básicos y el sujeto". En Fernández-Rey, J. et al. (coords.). *Procesos psicológicos básicos II. Manual de prácticas de memorias y lenguaje*. Pirámide. Segunda Edición.
- Oaksford, M. y Chater, N. (2007). *La racionalidad bayesiana el enfoque probabilístico del razonamiento humano*. Prensa de la Universidad de Oxford.
- Peñaloza, M. (2010). Teoría de las decisiones. *Perspectivas*, 25, 227-240.
- Pérez, M & Bautista, A. (2008). "Pensamiento probabilístico". En Carretero, M.; Asensio, M. (eds.). *Psicología del pensamiento: teoría y práctica*. Alianza.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Väder, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.
- Rogowska, AM., Zmacynska-Witek, B., Mazurkiewicz, M., Kardasz, Z.(2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disabil Health J.*, 13(4).
- Rodríguez, A. (2021). Cuestionario de impacto afectivo en el dolor crónico de origen benigno. Propuesta basada en la revisión del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático. *Rev.El Dolor. Asociación Chilena para el estudio del dolor*, 73, 16-25.
- Rodríguez-Marín, J., Couceiro, S., & van-der Hofstadt, C. (2021). Intervención psicológica grupal en dolor crónico. *Pirámide*.
- San Martín, J (Editor) (2021). *Neurociencias del dolor: Visión Teórico-Clinica*. Ediciones Universidad Santo Tomás. Ril Editores.
- Sunstein, C. & Thaler, R. (2017). *Un pequeño empujón*. Taurus.
- Tejada, A. (2005). *Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación*. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2017). *Un pequeño empujón*. Primera Edición. Taurus.
- Vlaeyen, J., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588-1589.
- Zamora, I. & Sanz, A.M. (2014). *Desarrollo de la intuición probabilística en educación primaria*. [Tesis de Grado de Maestro/Maestra en Educación primaria. Facultad de Educación de Palencia, Universidad de Valladolid]
- Zuercher-Huerlimann, E., Stewart, J.A., Egloff, N., von Känel, R., Studer, M., & Grosse Holtforth, M. (2019). Internal Health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: A retrospective study. *Journal of Pain Research*, 12, 2095-2099.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo.

Recibido el 27 de noviembre de 2022 sin corrección para publicación el 21 de noviembre 2022.

Correspondencia a:
Ps. Alejandra Rodríguez
Directora Centro de Dolor CHILE
Santiago, Chile
E-mail: info@centrodeldolor.cl



Las Palabras Importan



Te invitamos a escuchar el audiolibro de:

Las palabras importan.

En nuestro canal de MD Club en Spotify



ESCANEA EL CÓDIGO

¡Escucha el Audiolibro!



ESCANEA EL CÓDIGO

Visualiza el libro digital o ingresa a través de:
<https://aap.org.ar/publicaciones/>