

Psicología del Dolor: Evaluación y Tratamiento

Gloria Díaz Acosta

Todas las personas, en algún momento de nuestras vidas, hemos tenido la experiencia del dolor, que ha sido variable en cuanto a su localización, intensidad, cualidad y duración. Así algunas veces percibimos un dolor leve en alguna parte del cuerpo, por un breve período de tiempo y en otras oportunidades esa experiencia la sentimos con elevada intensidad y durante un tiempo mayor.

En función al tipo de problema y duración el dolor puede ser:

- ***Dolor agudo.*** Se define como una percepción somato-psíquica desagradable causada por un estímulo muchas veces físico, asociado a ciertas respuestas autonómicas, psicológicas y conductuales.

Dura poco (menor a 6 meses), la intensidad puede variar de leve a grave y el tratamiento se dirige a eliminar la causa.

- ***Dolor crónico.*** Tiene una duración mayor a 6 meses, puede iniciarse como agudo y mantenerse incluso después de resuelta la causa que lo originó y suele ser resistente a los tratamientos.

También ambos tipos de dolor se diferencian por las consecuencias y repercusiones que generan en la persona que lo experimenta.

Así el dolor crónico, por lo general interfiere negativamente en las actividades habituales de la persona, exige altos costos económicos para el tratamiento, pérdida de horas de trabajo, elevada utilización de servicios sanitarios.

En lo personal: sentimientos de impotencia y desesperanza por la falta de solución a su problema después de haberse sometido a una variedad de tratamientos. A diferencia del dolor agudo, que si

bien podría ser más intenso, pero en el tiempo es menos incapacitante.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR CRÓNICO

Los intentos de eliminar el dolor crónico, pueden llevar a entrar en un círculo vicioso, que empeora el problema. La ruptura de estos círculos es uno de los objetivos prioritarios de la intervención del psicólogo en el tratamiento del dolor. Así:

1) La lucha contra el dolor se libra en nuestro propio cuerpo, generando modificaciones en nuestra respiración, postura o incrementando la tensión muscular, lo que ayuda a soportarlo. Pero cuando el dolor es crónico, esas conductas acaban incrementando el problema y ampliando el impacto del dolor, así aparecen contracturas musculares en zonas cercanas que son reacciones automáticas que intentan controlar el dolor, pero que en realidad lo producen más, entrando en un círculo vicioso difícil de salir.

2) El fracaso del control del dolor crónico, lleva a un estado de ansiedad y depresión que a su vez potencializa las sensaciones dolorosas, estableciéndose el círculo vicioso.

3) A veces el dolor crónico tiene ganancias secundarias, pero esas ganancias son una trampa mental, porque deterioran las capacidades personales y limitan las relaciones interpersonales de manera determinante. Además no permiten olvidar el dolor, por lo tanto no se puede superarlo cayendo en el círculo vicioso.

4) La ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor, también constituye un círculo vicioso.

5) El deterioro de las habilidades sociales, en la interacción social con predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor inducen igualmente al círculo vicioso del dolor.

6) El abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos, así como los trastornos del sueño, las alteraciones del humor y estados de ánimo, generan un círculo vicioso que potencializa el dolor crónico.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL DOLOR

A pesar de los aspectos negativos que van asociados al dolor, es importante destacar su presencia en nuestra vida en relación a la

sobrevivencia y al bienestar. Experimentar dolor en alguna parte del cuerpo es señal de advertencia que algo marcha mal en el organismo, ya sea a nivel superficial o más interno; haciendo que nos movilizemos en busca de solución, evitando así males mayores.

El problema aparece cuando el dolor deja de ser una señal, convirtiéndose en algo desagradable e incapacitante. De ahí la importancia de incidir en la forma en que se conceptualiza el dolor.

La experiencia del dolor, es el resultado de un complejo proceso perceptivo donde interviene la información procedente de los receptores específicos del dolor (nociceptores), de los factores motivacionales, cognitivos, emocionales e incluso socioculturales que confluyen modulando, dando forma y significado a la estimulación sensorial.

Esta conceptualización se hace evidente cuando el dolor pasa de ser agudo a ser crónico, siendo necesario que su abordaje sea multidisciplinario por tener el dolor en algunos casos una alteración orgánica localizada, en cambio otras veces el componente orgánico es más difuso o incluso a veces inexistente, por lo que el problema del dolor crónico debe ser resuelto a través de un trabajo conjunto con diferentes profesionales (médicos, psicólogos, rehabilitadores físicos, etc.), ya que en él, no sólo existen aspectos sensoriales, físicos, estructurales y fisiológicos; sino también las características propias de la persona (afectividad, motivación, actitudes, creencias, cultura, experiencia anterior, etc.).

En este sentido cada persona percibe la experiencia dolorosa de forma diferente y particular, siendo necesario analizar todos los factores que aumentan o disminuyen la percepción individual y la respuesta a tratamiento similares (Holzman y Turk 1999).

Estas consideraciones son las que dan sustento y significado a los instrumentos de evaluación utilizados, así como a la variedad de procedimientos psicoterapéuticos que desde el campo de la psicología se han ido desarrollando para este tipo de problemática.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

1) Dar autoridad al propio paciente en la percepción subjetiva de su dolor.

2) Contar con procedimientos de evaluación para la objetivación del dolor y para la monitorización posterior de síntomas.

CONTENIDOS DE LA EVALUACIÓN

Son los siguientes:

1) Aspecto del comportamiento verbal referidos a las características espacio-temporales, de intensidad y cualidad del dolor.

2) Aspectos del comportamiento no verbal, considerados indicativos de dolor (conducta dolorosa).

3) Indicadores de incapacidad o invalidez y la interferencia en el nivel de actividad habitual y del estilo de vida. Estos datos se refieren a los problemas que definen el dolor.

4) Aspecto del comportamiento general, que ofrezcan información sobre los recursos adaptativos del paciente.

LA MEDIDA DEL DOLOR EN EL AMBIENTE CLÍNICO

La medida del dolor consiste específicamente en saber recoger la información, interpretarla, ordenarla y operar sobre ella en forma tal, que pueda ser utilizada. Fredrikson y cols. (1999) sugerían 4 estrategias para recoger la información:

1) Adoptar un enfoque de la medición variada o pluridimensional (basado en múltiples medidas objetivas).

2) Desarrollar medidas objetivas (recogidas mediante observación directa).

3) Preocuparse por la fiabilidad y validez de tales medidas.

4) Puesto que el dolor no es necesariamente un fenómeno unitario, cualquier relación entre características distintas tiene que establecerse empíricamente y no darse por supuesto.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

En el estudio clínico del dolor, se usan como instrumentos:

La Entrevista (Historia Clínica)

Recoge información sobre: cuando se produce, donde, irradiación, intensidad, tiempo, en que época del año se da, si es

invalidante, expectativas del paciente hacia el dolor, si cree que con el tratamiento mejorará, si se da en una situación diferente a lo cotidiano, observar la situación emocional que expresa la persona, igualmente conocer la situación familiar, para valorar el grado de organización que manifiesta la familia como elemento de soporte y contención.

Los Autorregistros

Recogen información sobre los parámetros básicos que definen y caracterizan el dolor como la frecuencia, duración e intensidad y constituyen la única base sobre la que se evalúa la eficacia de los tratamientos anteriores.

Estimadores Cuantitativos y Cualitativos del Dolor

Permiten recoger información mediante la estimación de magnitudes de la intensidad del dolor.

a) *Escala Visual Analógica (EVA)*. Se presenta una línea cuya longitud representa un continuo dolor, que se extiende desde un extremo que indica ausencia de dolor hasta otro extremo que corresponde a la presencia de dolor máximo.

b) *Escala Numérica (Cuantitativa)*. Se presenta una serie numérica de 0 a 10 o de 10 a 100, el sujeto elige el número que se ajusta a la intensidad de su dolor.

c) *Escala Verbal (Cualitativa)*. Consiste en un conjunto de adjetivos o adverbios asociados al dolor, que describen diferentes intensidades del mismo.

d) *Escala de Expresiones Faciales*. Formada por imágenes de diferentes expresiones faciales, el sujeto elige la imagen que mejor representa su expresión de dolor.

Observación Directa de la Conducta del Dolor

a) **Ambiente análogo.**

b) **Ambiente natural:** conducta vocal y expresión no vocal.

Cuestionarios Escritos

Otros Cuestionarios relacionados con el Dolor

a) Escala de ansiedad.

- b) Escala de depresión.
- c) Inventario de expresión de ira.
- d) Inventario de ansiedad estado-rasgo.

EL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

El tratamiento del dolor crónico debe estar ajustado a la información recogida en la evaluación, haciendo referencia a las características del problema, a las características individuales y del entorno. De esta manera se adapta el tratamiento a las individualidades y particularidades del paciente. De acuerdo a lo señalado anteriormente, al ser el dolor una experiencia perceptiva que está influida por una variedad de factores, su abordaje requiere de la participación de un equipo multidisciplinario. En ese sentido la Psicología cuenta con procedimientos psicoterapéuticos para enfrentar con éxito el complejo problema del dolor. Entre ellos tenemos:

La Psicoterapia Cognitiva Conductual

Que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor crónico por medio de ensayos clínicos controlados. También ha mostrado ser el tratamiento de elección en problemas de ansiedad y depresión que son consecuencia del dolor y a su vez incrementan sus efectos.

Terapia Racional Emotiva

Ayuda a enfrentar los pensamientos y sentimientos en forma racional y de manera eficaz, eliminando las ideas irracionales y reduciendo el miedo al dolor.

Técnicas de Relajación

Para reducir la activación fisiológica procedente de la sobreestimulación del sistema nervioso simpático y reducir la tensión muscular de las áreas cercanas al dolor, logrando que el sujeto

incremente su percepción de dominio y competencia sobre sí mismo, empleando diferentes procedimientos.

Siendo los siguientes los más utilizados en caso del dolor crónico los siguientes:

a) *Relajación Progresiva de Jacobson*: El sujeto aprende a discriminar las sensaciones de tensión de las de distensión. Se utiliza en problemas de cefalea tensional.

b) *Relajación Pasiva*: Se utilizan ejercicios de relajación de grupos musculares. Se utiliza para conseguir relajar algunos de los grupos musculares.

c) *Entrenamiento Autónomo de Schultz*: La persona aprende a relajarse a través de frases autosugestivas que hacen referencia a sensaciones de peso (relajación muscular) y de calor (relajación vascular, vasodilatación periférica). Se utiliza en caso de migraña.

Hipnosis

Facilita la aplicación de estrategias de control atencional y modulación del dolor.

Estrategias de Autocontrol

El sujeto toma conciencia de los comportamiento que debe de modificar. Para ello utiliza autorregistros diariamente para el reconocimiento de señales de peligro del dolor y de la emisión de la conducta adecuada que debe autorreforzar.

Contingencias de Medicación

Se disminuye de manera gradual el consumo de analgésicos, que suele ser excesivo en pacientes con dolor crónico, para lo cual se establece una línea base de consumo de medicamentos y se inicia su reducción progresiva a través del “cocktail del dolor” que consiste en disolver el medicamento en algún zumo, de tal manera que mientras la cantidad del líquido ingerido permanece constante a lo largo del tratamiento, la cantidad del medicamento disuelto se va reduciendo poco a poco (Keefe y Lefebvre, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- Buela-Casal y Sierra, (2001). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Caudill, M.A. (1998). *Controle el dolor antes que el dolor le controle a Ud.* Barcelona: Paidós.
- Clare Philips, H (1998). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, B. (1998). *¿Qué es el dolor?* Lima: Ed. Rastros Gráficos S.A.
- Gil, F. (2000). *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Manuales Nova.
- Labrador, F. (1995). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. Madrid: Pirámide.
- Penzo, W. (1989) . *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.