

# Asignatura: Psicología Médica II

## Subtema 2. Aspectos psicológicos asociados al dolor.

**Objetivo:** Identificar los aspectos psicológicos asociados al dolor.

### Sumario:

- 2.5. El dolor. Definición. Clasificaciones clínicas. Influencias culturales en la percepción y afrontamiento del dolor.
- 2.5.1. Aspectos psicológicos asociados al dolor. Papel de la personalidad. Relación de la ansiedad y la depresión con el dolor.
- 2.5.2. Atención psicológica del dolor en el nivel primario.
- 2.5.3. Características fundamentales del paciente con dolor tributario de atención psicológica.

# ¿Qué se conoce como dolor?.



La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)  
(International Association for Study of Pain),  
define el dolor como:

**“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial”.**

# Enfoques en el estudio del dolor

- **El enfoque experimental**, que intenta comprender los misterios del dolor a partir de investigaciones de laboratorio.
- **El enfoque clínico**, consistente en la investigación con pacientes en el contexto del tratamiento médico del dolor. El dolor clínico es frecuentemente progresivo, crónico y diseminado.

# Criterios para clasificar el dolor.

Según la duración.

## Dolor Crónico:

Limitan la vida de las personas (incluyendo en esta categoría desde las lumbalgias hasta los dolores relacionados con el cáncer).

## Dolor agudo:

Tienen una función útil para el organismo en tanto que están dando información de que se ha sufrido algún daño.

# **Clasificación en función de la localización**

## **CUTÁNEO O PERIFÉRICO:**

**se produce por lesiones en la piel o mucosas.**

## **VISCERAL:**

**Se caracteriza por estar mal definido y localizado, con variaciones poco claras y difíciles de describir.**

## **SOMÁTICO O PROFUNDO:**

**Involucra a los músculos y estructuras osteoarticulares.**

**Se caracteriza por estar mal definido y localizado, con variaciones poco claras y difíciles de describir.**

# Clasificación de acuerdo con su etiología

Dolor "orgánico": cuando se identifica un daño orgánico que pueda tener valor etiológico.

Dolor "psicógeno": no puede precisarse un daño orgánico que pueda tener valor etiológico.

Dolor somatoformo: el síntoma fundamental es la persistencia de un dolor localizado (que no puede ser explicado somáticamente) y también el diagnóstico de enfermedad somática con componente psíquico.

# Clasificación por su progresión temporal

Por su inicio: (brusco o progresivo).

Por su curso: (intermitente, continuo o con exacerbaciones esporádicas).

Por su ritmicidad: (diaria o estacional).

# ¿Cómo se expresan las conductas de dolor?

Quejas verbales de dolor y sufrimiento, sonidos no relacionados con el lenguaje

Posturas corporales y gesticulaciones

Conductas dirigidas a reducir el dolor

Cualquiera de éstas se deben considerar como expresiones del dolor y del contexto socio-psicológico en que este se produce.

Todas brindan información de la intensidad, localización, extensión y dinámica del dolor, de las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes.

Son de valor para el diagnóstico integral y su tratamiento.

# ¿Qué son las conductas “respondientes” y “operantes”?

Ocurren en respuesta a un daño físico, pero son influidas por hechos específicos que siguen a su ocurrencia (asociación reflejo-condicionada).

Ejemplo; un niño se queja de dolor de estómago y como consecuencia deja de ir a la escuela, es posible que en el futuro al niño le duela el estómago cuando por alguna razón no desee asistir al colegio, lo que NO significa que sean consideradas como sinónimo de simulación o como mecanismos histéricos.

# **El afrontamiento al dolor.**

**Es el conjunto de esfuerzos y acciones orientados al tratamiento de las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellos".**

# **Estrategias de afrontamiento al dolor.**

**Las centradas en la solución del problema; son más eficaces para lograr un buen ajuste a las enfermedades crónicas y al dolor.**

**La negación; es favorable para el bienestar emocional en los momentos iniciales de la aparición de problemas, pero desfavorable a largo plazo pues inhibe el desarrollo de conductas de autocuidado.**

**El catastrofismo; tendencia a focalizar la atención sobre el problema y exagerar sus consecuencias, está asociado a mayores niveles de dolor y depresión.**

# **Factores que influyen en la eficacia del afrontamiento**

**Las propias características de la enfermedad y del dolor.**

**El problema del "estigma" que se asocia a enfermedades como el cáncer, las reumáticas, las neurológicas y otras.**

**El carácter estigmatizante de las enfermedades no proviene solo de sus atributos y características, sino también de las creencias de la población con respecto a ellas).**

# **Eficacia de los estilos de afrontamiento.**

**a) Factores individuales; características de la personalidad y los "recursos de resistencia".**

**b) Las características de la enfermedad y las creencias de la población en relación con a ella, el nivel de exigencias en relación con el nivel de discapacidad originado por la enfermedad, las redes de apoyo social, el carácter de los cambios de vida y los hábitos requeridos.**

# Papel de la personalidad en el dolor

Las emociones negativas  
(ansiedad y la depresión)

```
graph TD; A[Las emociones negativas (ansiedad y la depresión)] --> B[factor desencadenante]; A --> C[agravamiento de la intensidad]; A --> D[consecuencia de las limitaciones que impone el dolor];
```

factor  
desencadenante

agravamiento  
de la intensidad

consecuencia de las  
limitaciones que  
impone el dolor

# **La evaluación del paciente con dolor**

**La evaluación de los factores psicológicos involucrados en el dolor es una tarea y una responsabilidad de todos los miembros del (EBS).**

**El médico debe y puede identificar la presencia de factores psicológicos que pueden estar incidiendo de manera negativa en el curso del dolor.**

**El médico es el profesional responsable de integrar los resultados del diagnóstico psicológico a los de las restantes evaluaciones médicas y arribar a un diagnóstico integral.**

# La evaluación del paciente con dolor

El carácter subjetivo de la experiencia de dolor ha determinado los instrumentos para la evaluación de sus parámetros clínicos como la intensidad, frecuencia y la duración.

El procedimiento preferido para la evaluación de la intensidad del dolor son las escalas.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Ejemplo de escala para valorar la intensidad del dolor

# **Atención psicológica del paciente con dolor**

**En la APS se atiende el dolor desde el C MF, terminando en las Salas de Rehabilitación Integral que existe en todas las áreas de salud.**

**El tratamiento del dolor pasa primero por un diagnóstico adecuado, que debe ser integral y abarcar los aspectos físicos y psicosociales.**

**La prevención en el dolor crónico tendrá como objetivo evitar la cronificación del dolor agudo, y en los casos en que la cronificación no se ha podido evitar, implementar la intervención necesaria para aliviar sus efectos negativos y las limitaciones que este produce.**

# **La Prevención del dolor crónico**

**Tiene como objetivo evitar la cronificación del dolor agudo.**

**Existen muchos dolores crónicos que se podrían evitar si se hiciera una intervención psicológica estructurada, planificada, dirigida a los "factores de riesgo" que hacen que el dolor tienda a la cronicidad.**

# Fuentes para la cronificación del dolor

Aquellas procedentes de la enfermedad, daño o intervención médica.

Las relacionadas con el ciclo vital del desarrollo.

Aquellas derivadas de las características individuales, personales, como los estilos de afrontamiento, determinados estados emocionales, actitudes, creencias y valores.

# **Bibliografía recomendada**

- **García Valdés M., Díaz González J. Psicología y práctica profesional de enfermería. Edit. ECIMED, la Habana, 2011. Capítulo 12. pág. 354 – 385.**