

Asignatura: Psicología Médica

Conferencia: 5

Asunto: 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.

Objetivo: Identificar los aspectos psicológicos asociados al dolor.

Se motiva la clase partiendo de los conocimientos previos que poseen de la asignatura El dolor. Definición.

La conceptualización que ofreció en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for Study of Pain - IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial, o descrita en términos de la misma".

El carácter complejo y subjetivo de la experiencia de dolor está vinculación con las emociones, cogniciones y conductas.

Clasificaciones del dolor:

a) Según la duración.

- Dolor agudo:

Es de reciente aparición, generalmente es posible identificar una lesión, a menudo hay signos externos y observables de daño tisular como la inflamación o manifestaciones neurovegetativas que "avalan" las quejas del paciente. Suelen presentar un curso bien definido y desaparecer cuando son tratadas adecuadamente las causas que lo provocaron. Tienen una función útil para el organismo en tanto que están dando información de que se ha sufrido algún daño.

- Dolor Crónico:

Es aquel que se extiende después del tiempo en que normalmente debía haberse extinguido". (seis meses o más). Limitan la vida de las personas (incluyendo en esta categoría desde las lumbalgias hasta los dolores relacionados con el cáncer).

b) Según 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.

c) 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 somatoforme: 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.

d) Según su progresión temporal:

- Por su inicio: (brusco o progresivo).

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

- Por su ritmicidad: (diario o estacional).

e) Según la cualidad de la sensación:

- Dolor punzante o rápido.

- Dolor quemante o lento.

Clasificaciones clínicas.

El enfoque experimental: resulta generalmente difícil precisar el carácter, la intensidad y la fuente de los estímulos nociceptivos. No responde a los analgésicos de probado valor en la clínica como la morfina.

El enfoque clínico: es frecuentemente progresivo, crónico y diseminado constituye casi siempre para el paciente un evento vital negativo, desagradable, no deseado y del que no tiene posibilidades de control o escape.

En función de los servicios médicos: dolor reumático, dolor oncológico, dolor neurológico en que habitualmente se atiende.

¿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 y 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".

Tipos básicos de afrontamiento al dolor:

- El centrado en la solución del problema: más eficaz 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).

En resumen, puede plantearse que los estilos de afrontamiento al dolor crónico no son independientes de las estrategias generales de afrontamiento a la enfermedad crónica de base. Su eficacia estará mediatizada por factores individuales, fundamentalmente características de la personalidad y los llamados "recursos de resistencia" las características de la enfermedad y las creencias de la población en relación con a ella, el nivel de exigencias procedentes de diversas fuentes (pareja, trabajo, estudios), en relación con el nivel de discapacidad originado por la enfermedad, las redes de apoyo social de que disponga el paciente, el carácter de los cambios de vida y los hábitos requeridos, entre muchos otros.

Aspectos psicológicos asociados al dolor.

La evaluación de los factores psicológicos involucrados en el dolor no es una tarea ni una responsabilidad exclusiva de los psicólogos, en ella participan de alguna manera todos los miembros del equipo multidisciplinario. Se trata entonces de delimitar qué le corresponde hacer a cada quien, y con qué métodos se trabajará. El médico debe y puede identificar la presencia de factores psicológicos que pueden estar incidiendo de manera negativa en el curso del dolor; de hecho, dado que predomina en los servicios de salud el modelo de remisión de casos, es el médico el principal responsable de

identificar a los pacientes que pueden necesitar de terapias psicológicas, ya que es quien está en contacto con el paciente; pero aún en las situaciones en que puede colaborar con un psicólogo en la evaluación inicial del paciente, 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. Para ello se valdrá fundamentalmente del método clínico y se auxiliará con las otras herramientas diagnósticas propias de su especialidad.

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.

Un ejemplo de las escalas más utilizadas es: la Escala Analógico Visual, la

Escala de rangos numéricos: la Caja de 11 puntos, la Escala de 6 puntos conductuales, la Escala de 4 puntos de rangos verbales y la Escala de 5 puntos de rangos verbales del Cuestionario de dolor de Mc Gill

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ejemplo de escala para valorar la intensidad del dolor | | | | | | | | | | |

Papel de la personalidad. Relación de la ansiedad y la depresión con el dolor

Una línea importante ha sido la investigación de los intervínculos entre el dolor y estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión.

Existe, al parecer, una asociación entre dolor y depresión. Los a buscar la incidencia de depresión entre los pacientes con dolor rangos que van del 10 % al 100 % de los casos. En cuanto a la ansiedad, existe controversia con respecto a si ella aumenta o no el dolor. Una teoría defiende que a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido.

Otros autores plantean que la ansiedad reduce el dolor y activa al organismo (en contraposición con el dolor, que lo desactiva).

- a) La ansiedad aumenta la actividad simpática, por lo que puede estimular los nociceptores.
- b) La tensión muscular que frecuentemente acompaña a la ansiedad puede provocar dolor añadido.
- c) La ansiedad aumenta la liberación de los opioides endógenos que pueden reducir el dolor.

Se plantea que la atención puede ser una variable mediadora entre ansiedad y dolor. Cuando la ansiedad tiene un componente hipocondríaco o está asociada a una hipervigilancia de las sensaciones corporales, actuará como un factor que incrementa el dolor, mientras que cuando la ansiedad es debida a conflictos o situaciones ajenas al problema del dolor, se incrementará la atención activa hacia estas situaciones y por ende, disminuirá la atención a las sensaciones corporales, disminuyendo las quejas de dolor.

Las emociones negativas como la ansiedad y la depresión están estrechamente vinculadas con la experiencia de dolor, tanto como factor desencadenante de las quejas y del agravamiento de la intensidad; como consecuencia de las limitaciones que impone el dolor a la vida del sujeto, por lo que deberán ser objeto de diagnóstico y tratamiento.

Atención psicológica del dolor en el nivel primario.

En la APS se atiende el dolor desde el CMF terminando en la rehabilitación comunitaria que existe en todos los policlínicos del país, llamadas salas de rehabilitación integral; lleva ese nombre porque se rehabilita al paciente de forma integral.

El médico debe y puede identificar la presencia de factores psicológicos que pueden estar incidiendo de manera negativa en el curso del dolor, es el profesional responsable de integrar los resultados del diagnóstico psicológico a los de las restantes evaluaciones médicas y arribar a un diagnóstico integral.

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

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.

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.

Características fundamentales del paciente con dolor tributario de atención psicológica.

Se debe tener en cuenta que las conductas de dolor incluyen: quejas verbales y sufrimiento, sonidos no relacionados con el lenguaje, posturas corporales y gesticulaciones, conductas dirigidas a reducir el dolor.

Se deben pues considerar a las conductas de dolor como expresiones del dolor y del contexto socio-psicológico en que este se produce. Ellas brindan información acerca de la intensidad, localización, extensión y dinámica del dolor; pero también comunican acerca de las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes.

En este sentido, son de valor para el diagnóstico integral del dolor, y al mismo tiempo, objeto de su tratamiento, las llamadas conductas de dolor "respondiente" y "operante", que ocurren en respuesta a un daño físico que son influidas por hechos específicos que siguen a su ocurrencia.

Son también importantes las creencias, expectativas y actitudes, las atribuciones, estrategias de afrontamiento y el apoyo social. pág. 362 libro enfermería.

Bibliografía recomendada

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