

# Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico

Javier Rojas-Elizondo <sup>1</sup>.

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación existente entre la intervención psicológica que se da a las personas con diagnóstico de dolor crónico y el grado de satisfacción obtenida tanto por los/las usuarios/as como por la profesional responsable de la intervención. Además, se describió el modelo de intervención psicológica brindada en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, se infirieron conclusiones y se plantearon recomendaciones; todo lo anterior desde la perspectiva psicológica cognitivo-conductual.

Para alcanzar estos objetivos, se entrevistó a la muestra de 20 usuarios/as de la población seleccionada y a la psicóloga encargada de la intervención.

Se concluyó que las intervenciones psicológicas son una parte del acercamiento multimodal en el manejo del dolor. Por ello, es necesario que quienes padecen dolor crónico reciban atención personalizada desde una perspectiva holística y estructural.

<sup>1</sup> Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Con base en los resultados, se determinó la relación entre las características de la psicoterapia implementada y los niveles de satisfacción de las personas que intervienen en el proceso terapéutico, es decir, usuarios/as y terapeuta.

En las recomendaciones, se destacó la necesidad de que el/la profesional encargada reciba capacitación en el enfoque cognitivo-conductual y aplique estrategias, metodologías y técnicas que enriquecerían los valiosos esfuerzos del Centro para el control del dolor crónico.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, psicología, espiritualidad.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios, ha aumentado el interés por el manejo del dolor crónico. Su prevalencia se ha mantenido a través del tiempo; pero, pese a los avances de la Medicina, se carece aún de tratamientos que puedan controlar el dolor crónico en forma consistente y continua. Las investigaciones clínicas han dirigido sus esfuerzos a buscar otras alternativas terapéuticas distintas de los tradicionales modelos biológicos de intervención.

En el dolor, se combinan mecanismos neurofisiológicos, psicológi-

cos, conductuales y culturales presentes en forma de síndrome, que deben recibir atención personalizada y adecuada a cada problema particular (Worthey, 1998), porque la percepción de la intensidad del dolor varía de persona a persona y por esto se constituye en un factor subjetivo.

## JUSTIFICACIÓN

El enfoque bio-psico-social y espiritual del ser humano permite abordar las perspectivas globales y multifactoriales del dolor crónico y su impacto en las personas.

La combinación de proyectos terapéuticos compuestos por tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentra en fases iniciales en Costa Rica; sin embargo, su aplicación práctica muestra importantes beneficios que pueden requerir diferentes niveles de entrenamiento y experiencia de parte del equipo de atención.

El dolor crónico es un problema multidimensional, psicofísico y sociocultural que trasciende al/la paciente y se proyecta a la familia y la comunidad. Esta investigación parte de la necesidad de implementar, en Costa Rica, un modelo de atención sistemática en el manejo del dolor crónico, desde una concepción integral del ser humano.

Para asegurar el manejo óptimo del dolor, es necesario organizar y desarrollar estrategias de evaluación de las características del manejo psicológico del dolor crónico. La Psicología cognitiva-conductual ofrece estrategias alternativas para afrontar y abordar la enfermedad y el manejo del dolor crónico. Reforzar este modelo desde la dimensión psicológica señalada, coadyuvará en el tratamiento de estos pacientes. Así se contribuirá al control del dolor, en combinación con el uso de fármacos.

Aunque las técnicas cognitivo-conductuales son poco utilizadas en las instituciones de salud costarricenses, su aplicación en otros países muestra importantes beneficios; pero para lograrlos, se requieren niveles diferentes de entrenamiento y experiencia del equipo de atención.

Con este estudio, se pretende llenar un vacío investigativo pues no existen, en Costa Rica, trabajos similares que evalúen la intervención psicológica aplicada a pacientes con dolor crónico, desde una perspectiva cognitivo-conductual. Además, se consideró conveniente tomar en cuenta los niveles de satisfacción del binomio usuarios/as y terapeuta.

## MARCO TEÓRICO

El dolor crónico es un problema de salud pública que ha motivado a aunar los esfuerzos de las diferentes disciplinas de la salud, entre ellas la Psicología. En algunas ocasiones, el dolor produce sufrimiento innecesario, porque existen métodos eficaces para controlarlo. Los/las profesionales en Psicología que manejan pacientes con dolor deben aprender a intervenir los aspectos emocionales relaciona-

dos con la enfermedad, para mejorar la calidad de vida.

### 1. DEFINICIÓN DE DOLOR

Es "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrito en términos de ese daño." (International Association for the Study of Pain, 1979,3).

### 2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

#### a. De acuerdo con la duración

*i. El dolor agudo.* Tiene un comienzo bien definido en el tiempo. El/la paciente se presenta quejumbroso, sudoroso, taquicárdico y con posiciones antiálgicas típicas, características propias de la hiperreactividad del sistema autónomo. El momento y la causa suelen estar bien definidos y pueden asociarse con procedimientos diagnósticos como las biopsias, la aplicación o ingesta de algunos tratamientos contra el cáncer o bien, relacionados con la evolución del cáncer o sus metástasis.

*ii. El dolor crónico.* Ocurre como manifestación del progreso del cáncer o del efecto secundario no deseado de la cirugía, quimioterapia o radioterapia. Algunos pacientes con dolor crónico sufren el fenómeno de dolor aprendido, esto es, que el componente inicial del dolor, debido a algunos estímulos nociceptivos, recibe tal atención y refuerzo ambiental que la conducta de dolor emitida por el/la paciente continúa incluso después de que el daño tisular se ha curado. Esta forma de dolor crónico podría ser generada por hechos conductuales más que por daño tisular.

**b. De acuerdo con las causas.** Según el "Department of Health and Human Services" (1994), el

dolor, de acuerdo con sus causas, se clasifica en:

*i. Nocicepción:* Dolor producido por la lesión de un tejido u órgano.

*ii. Dolor central.* Está asociado con algún proceso de deservación en el sistema nervioso central que recibe una señal de dolor cuando, en realidad, esta señal no ha existido.

*iii. Aprendizaje por condicionamiento.* El paciente aprende un repertorio de conducta de dolor crónico asistiendo al médico, tomando píldoras y actuando según las bases de reforzamiento de esa conducta sobre su ambiente.

*iv. Causas psicológicas.* El paciente sufre depresión o ansiedad y verbaliza sufrimiento utilizando el lenguaje y la conducta de la nocicepción.

**c. De acuerdo con su intensidad.** Según la "Acute Pain Management Guideline Panel" (1992), esta clasificación es un parámetro que permite evaluar el estado inicial del/la paciente y evaluar la efectividad y eficacia de las terapias utilizadas en cada caso.

*i. Escala descriptiva de Keele.* Clasifica el dolor en ausente, leve, moderado e intenso y la mejoría del dolor en ninguna, ligera, moderada y buena. (Department of Health and Human Services, 1994).

*ii. Escala análoga visual.* Es la más usada por ser simple, es más sensible y específica que la escala descriptiva. En ella se consignan, en un extremo, la categoría "sin dolor" y en el otro, "dolor severo." El dolor severo se refiere al dolor más intenso que el/la paciente pueda imaginar y no necesariamente corresponde al dolor que ha sentido. Hecha esta aclaración, se le pide al/la paciente que se ubique en la

escala del dolor. (Department of Health and Human Services, 1994).

**iii. Escala frutal análoga.** Asocia el grado de acidez de la fruta con la intensidad del dolor. (Department of Health and Human Services, 1994).

**iv. Escala facial.** Se utiliza en niños y niñas. La intensidad del dolor es representada por diversas caras. (Department of Health and Human Services, 1994).

**v. Escalas numéricas.** Se le pide al/la paciente que le asigne un valor numérico a su dolor y pueden usarse valores de 0 a 5, del 0 al 10 o un porcentaje de 0 al 100. El objetivo es que tanto el/la paciente como el evaluador comprendan las escalas y sean capaces de responder a los parámetros solicitados, con lo cual se mejora notablemente la validez y confiabilidad del instrumento de medición.

Se ha presentado una amplia clasificación del dolor según su duración, causas, características e intensidad. Dentro de estas tipologías, se ha caracterizado el dolor crónico. Ahora, es necesario tratar algunos datos sobre la etiopatogenia del dolor, que posibilitan la comprensión mayor del dolor crónico y los mecanismos fisiológicos que intervienen en él.

### 3. NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA DEL DOLOR

Según el "Department of Health and Human Services" (1994), el dolor es una percepción individual subjetiva, relacionada con alteraciones mecánicas y químicas de los tejidos corporales.

### 4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL DOLOR CRÓNICO EN COSTA RICA

Anualmente, en el Centro se valoran cerca de 11.000 consultas de casos nuevos y subsecuentes, relacionados con dolores crónicos de tipo benigno no oncológico y dolor oncológico (Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, 2000).

Un 43% de los paciente tratados allí experimentan dolor de tipo nociceptivo (dolor orgánico). Un 23% sufre dolor de tipo neuropático. El 34% restante lo presenta con características mixtas (dolor nociceptivo y dolor neuropático).

En los datos estadísticos del Centro, resalta que el 58% de los consultantes son de sexo femenino y un 42% son de sexo masculino (Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, 2000).

Dentro de la tipología de enfermedades benignas más frecuentes, destacan los dolores producidos por neuralgias post herpéticas y osteartrosis. Sobresalen, además, por su importancia, las patologías de tipo lumbar (Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, 2000).

### 5. TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

#### a. Manejo farmacológico del dolor

El manejo farmacológico del dolor comprende las siguientes etapas:

**i. Escalera analgésica.** La escalera analgésica se representa por medio de escalones ascendentes que indican el aumento en la intensidad del dolor y, a la vez, señalan los medicamentos que, de

acuerdo con su potencia analgésica, pueden ayudar a aliviarlo (World Health Organization, 1990).

**ii. Placebo.** Con el uso de placebos, a veces se experimenta una respuesta positiva, que puede ser mediada por un estímulo de producción de endorfinas. Su empleo debe tomar en cuenta aspectos éticos y experimentales. La "American Pain Society" (1990) no recomienda utilizarlos en casos de cáncer.

**b. Manejo no farmacológico del dolor.** Las modalidades no farmacológicas incluyen alternativas que pueden ser consideradas como sustitutos o "ser utilizadas simultáneamente con los medicamentos" (Lee, 1990, p. 7); entre ellas, la estimulación cutánea, el calor, el frío, los masajes, la reflexoterapia, la acupuntura y los ejercicios.

### 6. PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

**a. Enfoque bio-psico-social.** Se potencializa una visión que convierte al paciente en un agente activo participante y comprometido con el manejo de su salud. En un segundo momento, destaca la orientación cognitivo-conductual de la psicología. Las investigaciones de Lazarus, Meichenbaum, Novaco, Kanfer, Beck, Cavallo, Ellis, entre otros (García, 1980), han manifestado los procesos de afrontamiento que intervienen en la adaptación a la enfermedad y al dolor crónico. También, cobra especial interés investigativo la importancia de la evaluación e interpretación del sujeto acerca de circunstancias que aparecen en situaciones de estrés.

En un tercer momento, resalta la importancia de la investigación y teoría de la crisis. El concepto de crisis abarca toda situación nueva a la que el sujeto tiene que responder en forma diferente. Las habilidades y los recursos previos, por lo general, son inadecuados en este momento.

### **b. Inclusión de la espiritualidad en el enfoque bio-psico-social.**

Se ha incorporado el área de Espiritualidad en los programas del Centro. Se realiza un trabajo ecuménico que reconoce, respeta y toma como punto de partida la existencia de diferentes credos y religiones, por medio de los cuales el ser humano expresa su espiritualidad, así como otros caminos trascendentales no necesariamente religiosos. El trabajo de esta área parte de reconocer la dimensión de la trascendencia del ser humano y que, para afrontar el dolor y la enfermedad, existen recursos espirituales, además de los médicos, psicológicos y sociales.

Estos recursos de espiritualidad tienen que ver con hechos tales como:

- El fortalecimiento del sentido realista de la esperanza.
- La autoaceptación y el autoperdón.
- La celebración de las realizaciones de la vida de la persona.
- La toma de conciencia de los proyectos realizables
- La preparación espiritual para las pérdidas.
- La aceptación de la mortalidad del ser humano.
- La revisión de las ideas e imágenes sobre Dios (debate cognitivo aplicado a la espiritualidad).

- La búsqueda de nuevas imágenes, metáforas, símbolos y gestos sobre Dios.
- El fortalecimiento de la propia espiritualidad, entre otros. (Monbourquette, 1998).

### **c. Implicaciones psicológicas del dolor crónico**

**1. Conductas de dolor respondiente.** Son las conductas reflejas por naturaleza, producidas por estímulos antecedentes nocivos, por ejemplo, la retirada súbita, la vocalización. Tales respuestas pueden ser generadas por medio del condicionamiento clásico. Esto es, cualquier estímulo, emparejado con estímulo nocivo, puede llegar a facilitar por sí mismo respuestas similares; por ejemplo: la oficina del doctor, la presencia del cónyuge, entre otras.

**2. Conductas del dolor operante.** Son conductas emitidas, regidas por los refuerzos ambientales que las siguen; por ejemplo, vocalizaciones seguidas de atención social. Cualquier conducta de dolor seguida por un refuerzo es más probable que vuelva a aparecer, su frecuencia se incrementa. Cualquier conducta seguida de una consecuencia desfavorable es menos probable que vuelva a surgir, por lo que disminuye su frecuencia.

## **PROBLEMA Y OBJETIVOS**

### **a. Planteamiento del problema**

¿Cuál es la relación existente entre las características de la intervención psicológica y el grado de satisfacción obtenida por los/las pacientes y los/las profesionales en la atención de personas con padecimientos dolorosos crónicos, que asisten a la consulta de Psicología del Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos?

## **b. Objetivos**

### **1. Objetivo general**

Analizar la relación existente entre la intervención psicológica que se brinda en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, a las personas con diagnóstico de dolor crónico y el nivel de satisfacción obtenida por ellos y los/las profesionales.

### **2. Objetivos específicos**

- a. Describir la intervención psicológica que se brinda en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos a los/las pacientes con dolor crónico.
- b. Determinar el nivel de satisfacción de los/las usuarios/as y la terapeuta en el abordaje psicoterapéutico del dolor crónico.

## **MARCO METODOLÓGICO**

Esta investigación se inscribe dentro del campo de la Psicología cognitivo-conductual, en un nivel general. El tipo de estudio es exploratorio-descriptivo porque investiga características de la población, magnitud del problema y factores asociados a él. La población estudiada fue el total de pacientes que asistieron a la consulta de psicología por dolor crónico durante el periodo comprendido entre diciembre del año 2000 y enero del año 2001. Esta investigación incursiona en el análisis de la relación de las variables en forma tal que sirve como punto de partida para posteriores estudios analíticos.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Existe una estrecha relación entre las características de la intervención psicológica que se brinda en el Centro a las personas con

diagnóstico de dolor crónico y el grado de satisfacción que hacia ella manifiestan los pacientes.

En lo relativo al esfuerzo realizado durante el proceso terapéutico, el 70% de los/las entrevistados/as coincide con la terapeuta en informar sobre niveles altos de compromiso con los objetivos de la intervención.

Con respecto al desahogo emocional, los/las participantes refirieron que, durante las sesiones terapéuticas, experimentaron niveles altos de expresión de sentimientos y reducción de la tensión emocional. La comunicación en las sesiones terapéuticas alcanzó niveles adecuados. Lo anterior se concluye por las afirmaciones de los/las pacientes y la terapeuta, quienes indicaron altos niveles de empatía y escucha activa durante la intervención.

- El ambiente terapéutico fue evaluado como agradable por los/las pacientes en forma general. La terapeuta consideró que presenta problemas de espacio, contaminación sonora y ambiental. Los/las pacientes refieren que existe poco o ningún estrés ambiental. No obstante, la terapeuta y algunos pacientes informaron sobre frecuentes interrupciones por parte del personal del Centro. Además, la terapeuta destaca, como factor desencadenante de este tipo de estrés, los temores de los/las usuarios/as al acudir a una institución de la naturaleza del Centro. El 90% de los/las participantes consideró entre "mucho" y "moderado" el aumento del fortalecimiento de la autoimagen durante el transcurso de las sesiones. En este sentido, la psicó-

loga afirmó que este es uno de los objetivos de la intervención.

La integración de los conceptos de salud física y de salud emocional en el plan terapéutico, fue evaluada preguntando por la aplicación de técnicas terapéuticas tales como relajación, musicoterapia, visualización, educación, entre otras. Los/las pacientes expresaron que la técnica más aplicada fue la relajación: un 50% mencionó frecuencias altas de aplicación. La musicoterapia fue utilizada en algunas sesiones. La profesional informó de su empleo únicamente cuando los/las pacientes se encontraban muy ansiosos. La visualización, según criterio de los/las usuarios, se usa en forma esporádica. La educación y capacitación, dentro de la intervención, mostraron una tendencia escasa de empleo.

- La mayor parte de los/las pacientes entrevistados/as manifestaron que no se les aplicaron las técnicas cognitivo-conductuales. El 70% indicó "poca o ninguna" disminución de los síntomas a partir de la intervención psicológica. La psicóloga argumentó que la disminución del dolor no es total y que, en la mayoría de los casos, trasciende el espacio terapéutico, pues existe daño orgánico.
- El 55% de los/las pacientes señaló que algunas veces se revisaron los descriptores del dolor en las secciones terapéuticas. La psicóloga, por su parte, informó de que constantemente se revisan en el transcurso de la intervención.

## CONCLUSIONES

El dolor crónico es un problema de salud en el cual intervienen múltiples factores emocionales relacionados con la enfermedad; por tanto, se interrelacionan varios mecanismos neurofisiológicos, psicológicos, conductuales, sociales y culturales.

El dolor es un problema multidimensional, psicofísico y sociocultural que trasciende a la persona que lo experimenta y se proyecta a la familia y comunidad. Según la percepción de quien lo sufre, puede considerarse una crisis tanto física como emocional, social y espiritual. Para ayudar a las personas a superarla, se requiere que la intervención psicológica tome en cuenta la realidad bio-psico-social-espiritual en la que se desenvuelven quienes la padecen. La conducta dolorosa puede ser reforzada y condicionada por el ambiente y este condicionamiento posibilita que la persona pueda aprender un repertorio de conductas.

Las intervenciones psicológicas son parte del acercamiento multimodal al manejo del dolor. Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado sus beneficios en el abordaje terapéutico del dolor crónico. Son efectivas para ayudar al/la paciente a desarrollar la capacidad de adaptación, a fin de afrontar la enfermedad, manejar el dolor y modificar sus reacciones.

El estudio presentó información respecto a la regularidad en el empleo de técnicas cognitivo-conductuales: mostró niveles bajos de aplicación. Estas técnicas, según el criterio de los investigadores, podrían ser aplicadas en el Centro para aumentar los niveles de satisfacción de los/las usuarios/as con

la intervención psicológica, en especial por su aporte a la disminución del dolor, pero se requiere entrenamiento y experiencia de quienes las implementan. Es necesario integrar estas técnicas en un plan global de modificación de conducta, que guíe los objetivos terapéuticos esperables de la intervención. Cuando se implementan con la aprobación del/la paciente, tienen más posibilidades de ser exitosas, lo cual motiva al/la paciente y al profesional a seguir utilizándolas.

El uso de las escalas análogas de medición de dolor es de suma importancia en la intervención terapéutica. Se trata de instrumentos que, junto con otras técnicas de registro, permiten elaborar líneas base de la conducta dolorosa. En esta forma, se pueden establecer las conductas blanco y las conductas meta, básicas en un plan de modificación de conducta.

La intervención terapéutica evaluada demostró niveles muy aceptables de satisfacción del usuario. Además, evidenció niveles de efectividad en el alivio del dolor crónico. Lo anterior es digno de considerarse, tomando en cuenta que en Costa Rica no se posee experiencia en modelos de atención psicológica para personas con este tipo de padecimientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acute Pain Management Guideline Panel. Operative or medical procedures and trauma. Department of Health and Human services: United States of America. 1992.
2. Barber, Joseph. Incorporando la hipnosis en el dolor crónico. Centro Milton H Erikson: Buenos Aires, 1990.
3. Blanco Incer, Hazel. Antología Curso Terapia Racional Emotiva Cognitiva. Universidad Central: San José. 2000.
4. Caro, Isabel. Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, el modelo de Beck. En: Blanco Incer, Hazel. Antología Curso Terapia Racional Emotiva Cognitiva. Universidad Central: San José. 2000.
5. Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. Antología Curso pos Grado Centro Nacional del control del Dolor y Cuidados Paliativos. Caja Costarricense del Seguro Social: San José. 1998.
6. Coen C., William. Expectativas, hipnosis y sugestión en la modificación de conducta. En: Kanfer, Frederick y Arnold Goldstein. Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Barcelona. 1993.
7. Department of Health and Human Services. Manejo del dolor por cáncer. Agency for Health Care Policy Research: New York. 1994.
8. Ellis, Albert y Abrams Michael. How to cope with a fatal illness: the rational management of death and dying. Barricade Books: New York. 1994.
9. Fordyce, W. Behavior methods of chronic pain and illness. Mosby; St Louis. 1976.
10. Kanfer H., Frederick. Métodos de autogestión. En: Kanfer, Frederick y Arnold Goldstein. (Eds). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Barcelona. 1993.
11. Luke, Hermann. "Terapia conductual" En Castanedo, Celedonio. Seis enfoques psicoterapéuticos. El Manual Moderno: México. 1993.
12. Monbourquette, Jean y Denise Lussier-Russel. Preparando el adiós: cómo enfrentar dignamente el fin de la vida. Editorial San Pablo: Santa fe de Bogotá. 1998.
13. Morris J. Richard. Métodos para la reducción del miedo. En: Kanfer, Frederick y Arnold Goldstein. (Eds) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Barcelona. 1993.
14. Salas, Isaías y otros. Dolor por cáncer. Editorial Universidad de Costa Rica: San José. 1994
15. Twycross, R.G. Choice of strong analgesic in terminal cancer. Society Pain: United States of America. 1977.