

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL:
UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Ana Juliana Rodríguez Osorio

Diplomado en Psicología de la Salud

Universidad de La Sabana

Chía, junio 2007

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL: UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Abstract

The aim of this investigation is to compile current information about the role of the psychologist in a very common situation in the field of health psychology, the management of chronic pain associated to terminal illness. Investigations related to two main topics were reviewed, terminal illness and pain. About the first one, the emphasis was made on the psychologist's contribution to the adaptation process to death. About pain, its physiology, etiology, biological and psychological sources of analgesia, even odd phenomena related such as phantom pain, were taken into consideration. It was concluded that pain management in chronic ill patients, demands an interdisciplinary work and that cognitive-behavioral therapy may be the psychotherapeutic modality of choice for these patients.

Key words: terminal illness, chronic pain, analgesia, interdisciplinary work, cognitive-behavioral therapy

Resumen

El objetivo de esta investigación es recopilar información actual sobre el papel del psicólogo en una situación muy frecuente en el campo de la psicología de la salud, el manejo de dolor crónico en enfermos terminales. Se revisaron investigaciones relacionadas con dos bloques temáticos principales, la enfermedad terminal y el dolor. Sobre el primero, se hizo énfasis en la contribución del psicólogo al proceso de adaptación a la muerte. Del dolor, se abordó desde su fisiología, etiología, analgesia y estrategias psicológicas para su manejo, hasta fenómenos tan extraños como el dolor fantasma. Se concluyó que el manejo del dolor en pacientes con enfermedad terminal demanda un trabajo interdisciplinario y que la terapia cognoscitiva comportamental puede ser la modalidad de terapia psicológica más efectiva para estos pacientes.

Palabras clave: enfermedad Terminal, dolor crónico, analgesia, interdisciplinariedad, terapia cognoscitiva comportamental

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL: UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Cohelo, P. (2006) No obstante, durante la noche, Verónica comenzó a sentir miedo. Una cosa era la acción rápida de los comprimidos, otra era quedarse esperando la muerte durante cinco días, una semana, después de haber vivido ya todo lo posible. La joven había pasado su vida esperando siempre algo: que el padre volviera del trabajo, la carta del enamorado que no llegaba, los exámenes de fin de año, el tren, el autobús, la llamada telefónica, el día de fiesta, el fin de las vacaciones. Ahora tenía que esperar la muerte, que venía con fecha marcada. (p. 40)

La cita anterior, tomada de la novela de Cohelo, P. (2006), ‘Verónica Decide Morir’, ilustra la situación de una paciente a la que le ha sido diagnosticada una enfermedad terminal. La enfermedad Terminal, es según Navarro y Fombuena, (2007) “la enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva” (Definición de Enfermedad Terminal, párra.2). De acuerdo con esta definición, el paciente que ejemplifica Cohelo, experimenta *miedo*, como manifestación de un impacto emocional; y verbalizaciones como *quedarse esperando la muerte*, que se corresponde con la pérdida de autonomía, y el tener una *fecha marcada*, como expresión de que existe un pronóstico limitado a semanas o meses de vida. Entre las enfermedades terminales, las más frecuentes además del cáncer y el SIDA, de acuerdo con Navarro, J. (2005), son: la enfermedad pulmonar avanzada, la insuficiencia cardiaca avanzada, la enfermedad hepática avanzada o cirrosis hepática, la insuficiencia renal crónica avanzada, las demencias muy evolucionadas y la enfermedad cerebrovascular crónica avanzada.

Antes de continuar con el discurso sobre enfermedad Terminal, vale la pena mencionar que existen numerosos estudios que señalan con alarmante énfasis el

carácter de epidemia que han tomado enfermedades terminales como el cáncer y el SIDA, por ejemplo, Preciado, J., & Montesinos, L. (1992), García, F., Martínez, E. & Cáceres, E. (2001), Restrepo, M. (1999), Lima, V. & otros (2007), Rodin G & otros (2007). La mayoría de estudios sobre el papel del psicólogo en el tratamiento de enfermedades terminales como el SIDA y el cáncer apuntan a mejorar la calidad de vida del paciente proporcionándole cuidados paliativos pertinentes para el manejo del dolor y de otros síntomas asociados a la enfermedad, ayudar al paciente a manejar eventos estresantes derivados del diagnóstico y la enfermedad, como la depresión, la ansiedad, el estrés, brindar acompañamiento y orientación al paciente en su proceso de adaptación a la muerte, y ayudarle a encontrar incentivos para que éste tenga una buena adherencia y compromiso con el tratamiento y para que pueda soportar tratamientos que pueden llegar a ser sumamente dolorosos. Mas adelante se profundizará en las alternativas de tratamiento psicológico para pacientes con enfermedad Terminal que experimentan dolor crónico.

Además de los componentes de la definición proporcionada por Navarro y Fombuena (2007), que han sido ilustrados en el ejemplo anterior, Escalante, G. (2002) señala que todo enfermo terminal tiene necesidades de naturaleza física y psicológica que deben ser atendidas. Sus necesidades psicológicas en este sentido son primordialmente tres: la necesidad de seguridad, pertenencia y comprensión; necesidades que reclama el paciente bajo la forma de acompañamiento y ayuda.

Siguiendo en el plano de lo psicológico, resulta en gran medida interesante el proceso de adaptación a la enfermedad y a la muerte por el que atraviesan los pacientes terminales; de antemano hay que reconocer que dadas las diferencias individuales originadas en el diagnóstico, la personalidad, la cultura, etc., de cada individuo, este proceso es único para cada individuo, sin embargo, es de reconocer que como fruto del trabajo de algunos autores, entre quienes destaca Kubler Ross, (1993) se han logrado identificar algunos acuerdos para describir este proceso.

Papalia, Olds & Feldman (2001) describen el modelo propuesto por la psiquiatra Elizabeth Kubler Ross (1993) para describir el proceso de adaptación a la enfermedad y a la muerte consistente en cinco etapas o fases: la negación, el enfurecimiento, la búsqueda de tiempo extra, la depresión, y la aceptación. En

algunos autores, la denominación de las etapas varía, por ejemplo, Escalante, G. (2002) se refiere a la etapa de enfurecimiento como la etapa de rabia y a la etapa de búsqueda de tiempo extra como la etapa de negociación; asimismo, algunos autores, entre ellos Chochinov, H. & Breitbart, W. (2000), cuestionan la secuencialidad de estas etapas, arguyendo que algunos pacientes omiten algunas etapas en su proceso de adaptación individual o bien, las vivencian en un orden distinto.

Además de sus necesidades psicológicas, el proceso de adaptación psicológico a la enfermedad, el enfermo terminal, tal como lo afirma Escalante, G. (2002), tiene necesidades físicas que deben ser atendidas. De acuerdo con este autor, en la fase terminal de la vida, el tratamiento se hace esencialmente paliativo, haciendo especial énfasis en el tratamiento y reducción del dolor. El término paliativo se refiere según Astudillo, W., & Mendihueta, C. (2006) a “conseguir que los enfermos en fase terminal vivan lo mejor posible el tiempo que les queda mediante un manejo adecuado del dolor y de otros síntomas, incluido el sufrimiento y que tengan una buena muerte, con respeto a sus metas y preferencias” (p. 1)

Bouesseau, M. (1998) utiliza la definición de La Organización Mundial de la Salud de los cuidados paliativos como “el cuidado total y activo de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”. De acuerdo con Kim-Fall-Wang (2005), los cuidados paliativos comprenden todas aquellas modalidades de tratamientos que procuran aumentar la calidad de vida antes que curar la enfermedad. Estas modalidades incluyen variadas técnicas o procedimientos orientados a optimizar la calidad de vida de pacientes terminales; aunque ellas en su mayoría han sido desarrolladas para la atención de pacientes oncológicos, hoy en día se aplican o derivan para pacientes terminales no oncológicos por igual. Según Kim-Fall-Wang (2005), estas técnicas incluyen las siguientes: la quimioterapia paliativa, la rehabilitación paliativa, la terapia de radiación paliativa, la cirugía paliativa, los procedimientos de intervención paliativa para el manejo del dolor, los catéteres intratecales, la infusión de ketamina intravenosa, entre otros.

Para entender mejor el mecanismo de funcionamiento de estos métodos, es preciso conocer sobre el dolor, ¿qué es el dolor? ¿cuál es su función?, ¿cuál es su fisiología y finalmente, ¿cómo se puede manejar el dolor?

El dolor no es un constructo fácil de definir, de acuerdo con Gazzaniga, M. (1998), ha sido comprendido desde diferentes perspectivas, como un reflejo, una experiencia emocional, un estado corporal, una sensación; en general, existen múltiples definiciones para el dolor, tal vez la más popular sea aquella dada por la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con la cual, (Bernardotti, M., s. f.) "El dolor es una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido, o descrita en términos de tal daño. El dolor siempre es subjetivo" (definición, párraf. 2)

Aunque existen muchas definiciones para el dolor, hay algunas características del dolor que permanecen constantes (Coren-Ward-Enns, 2000), por ejemplo, el hecho de que el dolor no es placentero, tiene umbrales absolutos y diferenciales, tiene una dimensión de su intensidad, es susceptible de adaptación y tiene mecanismos fisiológicos identificables.

Si bien existe un acuerdo general sobre el carácter indeseable e incluso desagradable del dolor, el dolor tiene una función vitalicia en la supervivencia. El dolor es un mecanismo eficaz para alertar sobre la presencia de posibles lesiones y para alejar al individuo de estímulos que puedan desencadenar lesiones. En el primer caso, el dolor es a menudo síntoma de enfermedades y lesiones que si no llegan a ser tratadas pueden llegar a ser letales; en el segundo caso, el dolor advierte al individuo cuándo alejarse de estímulos nocivos como por ejemplo superficies calientes o frías. Gazzaniga, M. (1998) documenta el caso de una paciente que no experimentaba dolor, y por consiguiente tenía problemas de circulación y de las articulaciones, ya que no sabía cuando cambiar de posición; además, sufría todo tipo de lesiones y quemaduras que derivaron en infecciones que la llevaron a la muerte. Este caso ilustrativo muestra de manera muy clara el valor adaptativo del dolor en la supervivencia del individuo y cómo su ausencia puede afectar significativamente la calidad de vida del individuo y llevarlo incluso a la muerte.

El umbral de dolor se define en términos de "la intensidad de un estímulo que producirá apenas una sensación de dolor" (Coren-Ward-Enns, p. 252). El umbral de dolor funciona igual que los umbrales de otras sensaciones , es relativamente

constante, aunque puede variar de acuerdo a la modalidad del estímulo, cambios del estado neurológico, farmacológico o psicológico de la persona.

Existen diversos instrumentos para dimensionar la intensidad del dolor, algunos son instrumentos como el dolorímetro (Hardy, Wolf y Goodell, 1985) y otras escalas como la escala Dol (Gracely y Naliboff, 1996). Bird, J. (2003), ha realizado una reseña sobre las herramientas para medir el dolor y elabora una lista de instrumentos para medición del dolor que incluye los siguientes: la escala análoga visual, la escala de clasificación numérica, la escala de clasificación verbal, la escala de caras de dolor, el cuestionario Mc Gill para el dolor, el inventario breve de dolor y mediciones no verbales del dolor.

Existen dos clases de dolor clínico: el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo, de acuerdo con Barlow, D., & Durand, M. (2001), es el “dolor que, por lo común sigue a una lesión y que desaparece una vez que ésta sana o que se trata en forma eficaz”, mientras que el dolor crónico lo define como el “dolor duradero que no disminuye con el paso del tiempo”; Russo-Brose (1998) dan una definición más completa del dolor crónico, al definirlo como una experiencia emocional asociada al dolor que dura más de seis meses.

Para entender cómo puede ser tratado el dolor, es preciso conocer su neurofisiología. Tal como se mencionó anteriormente, el dolor tiene vías fisiológicas autónomas; estas vías comprenden las células sensoriales receptoras, las fibras nerviosas asociadas a estos receptores y las áreas de proyección en el cerebro. Según Coren, S., Ward, L. & Enns, J. (2000), Los receptores del dolor, son comúnmente conocidos como las terminaciones nerviosas libres, presentes en todo el cuerpo, incluyendo la piel. En la piel, éstas terminaciones libres están protegidas por la grasa subcutánea (bajo la dermis), por esta razón, generalmente responden a estímulos de una intensidad relativamente alta, otras tantas están localizadas en la epidermis protegidas por tramos de células gliales. Las fibras nerviosas asociadas al dolor son de tres clases: las fibras mielinizadas grandes ($A\beta$), las fibras mielinizadas más pequeñas ($A\delta$) y las fibras no mielinizadas (C). Al parecer las fibras rápidas ($A\beta$) se especializan en el procesamiento de información de tacto ligero, mientras que las fibras lentas ($A\delta$) y (C) transportan información del dolor, la temperatura y el tacto

rudimentario, responden sólo frente a estímulos nocivos como piquetes, pellizcos, quemaduras. Aunque entre sí presentan algunas diferencias, por ejemplo, además del tipo de información que procesan, el hecho de que las fibras ($A\beta$) son gruesas y conducen los estímulos a alta velocidad, mientras que las fibras ($A\delta$) y (C) son delgadas y tienen una conducción mucho más lenta; las tres forman parte de la vía espinotalámica del dolor.

De acuerdo con Bustamente, B. (2001), las vías del dolor y la temperatura constituyen el fascículo espinotalámico lateral; éste nace en la raíz posterior de la médula espinal y sus axones se decusan para pasar al cordón lateral del lado opuesto y ascienden hasta el tálamo para terminar en el núcleo ventral posterolateral del tálamo. De este núcleo, pasan al área de la corteza sensorial respectiva. De acuerdo con Coren, S., Ward, L., & Enns, J. (2000), se han identificado tres áreas en la corteza cerebral que responden a los estímulos de dolor, ellas son el giro del cíngulo anterior (donde se procesan los componentes emocionales del dolor), S1 y S2. Russo & Brose (1998) complementan estos hallazgos, al incluir entre las estructuras de tercer orden implicadas en el procesamiento del dolor a la cápsula interna de la corteza somatosensorial, y el giro postcentral.

Hasta este punto se ha descrito la vía aferente por medio de la cual la información proveniente de un estímulo doloroso viaja desde los nociceptores hasta la corteza cerebral, no obstante este proceso no es unidireccional, de acuerdo con Barlow, D., & Durand, M. (2001), el cerebro a su vez, retroalimenta este proceso al enviar señales de vuelta por la médula espinal que bien pueden afectar el mecanismo de entrada. Desde que Melzac, R., & Wall, P. (1965) denominaron esta hipótesis como “la teoría del control de puertas”, Muchos autores, entre ellos Coren, S., Ward, L. & Enns, J. (2000), Russo, M. & Brose, W. (1998), Barlow, D., & Durand, M. (2001), entre otros, han acogido este modelo para entender y describir la electrofisiología del dolor. Según este modelo, la activación o inhibición de las señales de dolor están mediadas por una región denominada sustancia gelatinosa en el cuerno dorsal de la columna vertebral; las células de la sustancia gelatinosa interactúan con un grupo de células denominadas células de transmisión o células t, las cuales están formadas por algunas de las fibras de conducción lenta de la vía espinotalámica. La sustancia gelatinosa funciona como una puerta que permite o no

que las células de transmisión envíen sus señales de dolor hacia el cerebro; la sustancia gelatinosa a su vez se activa por acción de las fibras de conducción rápida o fibras (A β), inhibiendo así la acción de las fibras de conducción lenta o fibras (A δ) y (C), e impidiendo que lleguen al cerebro las señales de dolor.

El conocimiento de estas vías del dolor ha tenido una singular importancia en el tratamiento del dolor, por ejemplo, el modelo del control de puertas en particular, ha resultado muy útil para explicar por qué ciertos compuestos pueden producir analgesia. Coren, S., Ward, L. & Enns, J. (2000), por ejemplo, afirman que los analgésicos químicos utilizados para tratar el dolor, actúan inhibiendo las fibras lentas sin afectar las fibras rápidas, lo cual permite a la sustancia gelatinosa inhibir las células de transmisión, encargadas de hacer llegar las señales de dolor hasta el cerebro. Aunque las sustancias químicas fabricadas para aliviar el dolor son muy populares, se ha descubierto que el organismo o más concretamente el cerebro, cuenta con sus propios neuroquímicos para inhibir el dolor, se conocen como opiáceos endógenos y funcionan del mismo modo que lo hacen los neurotransmisores.

Estructuralmente, los opiáceos endógenos son péptidos; Roselli, D. (1997) hace referencia a ellos como péptidos opioides y los define como “neuropéptidos que tienen acciones similares a las del opio y sus derivados”, Carter, R. (2002) complementa esta definición señalando sus beneficios: “regulan el dolor, reducen la tensión nerviosa y favorecen una sensación de calma marina”. Se han identificado alrededor de 15 péptidos opioides, de los cuales, los de mayor importancia son la beta endorfina, las encefalinas y la dinorfina.

Aunque el cerebro tenga su propio mecanismo para aliviar el dolor, muchas veces el dolor es tan fuerte o persistente que se requieren ayudas externas para su alivio. Entre los métodos más populares para manejar el dolor están los siguientes: administración de analgésicos no opioides, administración de analgésicos opioides, cordotomía para el tratamiento del dolor, fisioterapia para el manejo del dolor y técnicas de manejo psicológico del dolor.

Entre los analgésicos no opioides más comunes, de acuerdo con Russo, M. & Brose, W. (1998), están el ácido acetilsalicílico, mejor conocido como aspirina y el acetaminofén. Estos fármacos a menudo consiguen un alivio inmediato del dolor y no producen adicción; con excepción del acetaminofén, actúan sobre el sistema nervioso periférico evitando la formación de prostaglandinas, es decir, evitando la inflamación del tejido cercano a la lesión y de esta manera aliviando un poco el dolor. Según el Sloan-Kettering Institute for Cancer Research (2000), los fármacos pertenecientes a esta categoría actúan de tres formas: como analgésicos, como antiinflamatorios y antipiréticos. Los analgésicos no opioides son los medicamentos de elección bajo las siguientes condiciones: estados altamente inflamatorios, dolor agudo o crónico de leve a moderado, como analgésico asociado a opioides, enfermedades asociadas con exceso de prostaglandinas en la zona de dolor, deseo del paciente de no usar fármacos opioides.

Los más conocidos de acuerdo con esta fuente, son los siguientes: Paracetamol, Fenilbutazona, Naproxeno, Butibufeno, Ibuprofeno, Indometacina, Ketorolaco, Etodolaco, Diclofenaco, Piroxecam, Ác. meclofenámico, Nabumetona, Ac. Acetilsalicílico

Según Stahl, S. (1999), los analgésicos opioides u opiáceos, actúan sobre los mismos receptores que las endorfinas, encefalinas y dinorfinas que se mencionaron anteriormente como analgésicos endógenos; es decir, actúan como agonistas o compiten con los opiáceos endógenos por los receptores y al hacerlo producen alivio del dolor. A dosis un poco más altas producen euforia, siendo esta la causa de su carácter adictivo; junto con la euforia, es posible que la persona experimente “una profunda sensación de tranquilidad que dura varias horas, seguida, a su vez, por somnolencia, oscilaciones del humor, obnubilación mental, apatía y enlentecimiento motor”. Si se sobredosifican pueden llegar a producir paro respiratorio y la muerte. Los opiáceos son muy susceptibles de crear tolerancia y dependencia, a la vez que pueden desencadenar síndrome de abstinencia en su consumidor regular. Entre los opiáceos exógenos, los más conocidos son la morfina, la codeína, la metadona y la heroína; los tres primeros se emplean en el alivio del dolor y la heroína en especial se considera una sustancia de abuso. Otros fármacos opioides incluyen: Meperidina, Oxycodona, Hidrocodona, Pentazocina, Clorh. de propoxifeno, Napsil. de propoxifeno.

De acuerdo con Bustamente, B. (2001), en la práctica neuroquirúrgica, es común recurrir a la sección del fascículo espinotalámico lateral para tratar dolores crónicos que no responden bien a los fármacos, esta técnica se conoce como cordotomía para el tratamiento del dolor e incluye, según Kim, A., Fall, P., & Wang, D. (2005), métodos invasivos como los bloqueos simpáticos, los catéteres intratecales y la administración de ziconotida. Los bloqueos simpáticos pueden ser de dos tipos: el bloqueo del plexo celiaco y el bloqueo del plexo hipogástrico superior. En el bloqueo del plexo celiaco, se seccionan los nervios simpáticos a nivel de L1 por detrás de la vena cava y junto a la aorta, como consecuencia de este procedimiento se dejan de inervar los órganos abdominales, desde la unión gastroesofágica hasta el esplenio del intestino grueso, como consecuencia de esto, el paciente puede experimentar algunos efectos colaterales como hipotensión postural, diarrea, disfunción sexual, neumotorax, daño renal, entre otros. En el bloqueo del plexo hipogástrico superior, de acuerdo con Kim, A., Fall, P., & Wang, D. (2005), se secciona el plexo bilateral de nervios localizado entre L5 y S1, es un procedimiento común para tratar el dolor en pacientes con cáncer de cerviz, de utero, de vejiga, próstata, y recto. Existen también otras modalidades de intervención paliativa para el dolor, que se utilizan al igual que los bloqueos simpáticos, cuando los analgésicos no consiguen calmar el dolor, por ejemplo, están los catéteres intratecales, que consisten en la instalación de dispositivos en la columna vertebral que facilitan la administración regular de opiáceos por vía intratecal o epidural; una alternativa más es la administración de ziconitida, de acuerdo con European Medicines Agency (s.f.), la ziconitida es un medicamento utilizado por pacientes con dolor grave crónico, administrado a través de un catéter intratecal, se utiliza en casos en que los opiáceos intratecales no consiguen aliviar el dolor, actúan bloqueando los canales de calcio de las vías aferentes nociceptivas principales que terminan en las capas superficiales del asta dorsal de la médula espinal. Para aquellos pacientes en los que el dolor se hace intratable, existe aún otra opción para manejar el dolor, consiste en la infusión de ketamina intravenosa, procedimiento que puede potenciar los efectos de los fármacos opiáceos.

El tratamiento del dolor en pacientes crónicos y terminales ha tomado un rumbo interdisciplinar, o más bien ha sido abordado desde una perspectiva integral

que involucra a diversos profesionales, entre ellos, médicos psicólogos y también fisioterapeutas, entre otros profesionales de la salud. Autores como Zas, B., Martin, M., Rial, N. & Grau, J. (1995) apoyan la idea del trabajo en grupos multidisciplinarios e incluyen en estos equipos para el tratamiento del dolor profesionales como anestesiólogos, psicólogos, médicos internistas, cirujanos, ortopedistas, psiquiatras, neurofisiólogos y fisiatras. De acuerdo con Astudillo, W., & Mendihueta, C. (2006), el papel de estos últimos, en particular de los fisioterapeutas en el manejo del dolor ha resultado ser especialmente eficaz para manejar el dolor óseo, de tejidos blandos y neuropático, también las condiciones reumáticas avanzadas, la diabetes, la enfermedad vascular periférica, la artritis reumatoidea y la esclerosis sistémica progresiva. El fisioterapeuta puede valerse de varias modalidades de fisioterapia para el manejo del dolor, entre ellas: las terapias manuales, la electroterapia, la acupuntura, la aplicación de calor y frío, ejercicio, el posicionamiento y la relajación.

Para ofrecer un tratamiento integral para el dolor, hay que tomar en cuenta que el dolor también tiene un componente psicológico. Numerosos autores han señalado la importancia del factor psicológico en la experiencia del dolor, por ejemplo, Eccleston, C. (2001), Levy, R. & Walter, L. (2005), Gazzaniga, M. (1998), Heneweer H, Aufdemkampe G, van Tulder MW, Kiers H, Stappaerts K., Vanhees L. (2007), García, F., Martínez, E., Cáceres, E. (2001) entre otros.

El componente psicológico del dolor se hace especialmente evidente en situaciones paradójicas en las que el dolor no está directamente relacionado con una lesión o enfermedad. Gazzaniga, M. (1998), se refiere a estas situaciones incomprensibles desde el punto de vista científico como paradojas del dolor; incluyen aquellas situaciones en las que el paciente no experimenta dolor cuando hay una lesión o daño, situaciones en las que el paciente siente dolor cuando no hay daño, cuando la magnitud del dolor no se justifica por la naturaleza de la lesión y cuando el dolor se experimenta en un miembro que ha sido amputado (dolor fantasma).

Entre las situaciones en las que el paciente no experimenta dolor cuando hay una lesión, el caso más ilustrativo es el de la paciente C., que se describió en párrafos anteriores, en resumidas cuentas, esta paciente no experimentaba dolor y como

consecuencia de esto, se lesionaba todo el tiempo hasta el punto que estas lesiones derivaron en infecciones y acabaron con su vida. El caso contrario es mucho más común, que la persona experimente dolor cuando no hay daño o lesión aparente; el caso más extremo de esta situación, es el síndrome denominado el morbo de Lech-Nyhan. De acuerdo con Peco-Antic, A. & otros (2001), este síndrome se presenta sobre todo en niños, que a la menor estimulación, responden mutilando su propio cuerpo, por experimentar un dolor insoportable frente al mínimo roce de la piel. Resulta aún más desconcertante el dolor del miembro fantasma, según Ramachandran V. (1999), el dolor fantasma consiste en la persistencia de la sensación de los miembros mucho después de la amputación y plantea un problema clínico desconcertante, cómo tratar el dolor en un miembro inexistente. Estos casos o paradojas del dolor ponen en evidencia la relación mente- cuerpo, para alcanzar una mejor comprensión de dicha relación, es preciso considerar los factores psicológicos y sociales que intervienen en la experiencia del dolor.

Barlow D. & Durand V. (1999) sugieren entre los factores psicológicos y sociales asociados al dolor, las diferencias de personalidad, el estilo de afrontamiento, situación socioeconómica y las contingencias sociales. Eccleston, C. (2001), sugiere los siguientes factores psicológicos asociados al dolor: el miedo, la depresión, el afrontamiento, la personalidad, el género, la edad y la cultura. Por ejemplo, hay un rasgo de personalidad, de acuerdo con Hamer D. & Copeland, P. (1998), propensa a experimentar altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad, un mayor riesgo a desarrollar enfermedades y una mayor preocupación y susceptibilidad por el dolor, esta dimensión de la personalidad se denomina la evasión del daño. Eccleston, C. (2001) se refiere a un tipo de personalidad propensa al dolor. Raselli C, & Broderick J. (2007) encontraron una relación significativa entre la evaluación del dolor y rasgos de la personalidad como el neuroticismo y la depresión. Si bien, la personalidad es una variable importante en la respuesta de un individuo a situaciones estresantes como el dolor, también lo es el estilo de afrontamiento, de acuerdo con Eccleston, C. (2001), la persona puede asumir un estilo de afrontamiento pasivo o activo, siendo aquellos que creen tener la capacidad de controlar el dolor, quienes presentan una mejoría a nivel funcional y un ajuste más efectivo. De acuerdo con el mismo autor, afrontar el dolor alejando la atención de éste es tan válido como informarse acerca del dolor; así mismo, es más conveniente que el paciente

comprenda la etiología del dolor para darle un sentido y un significado, aquellos pacientes que desconocen el origen del dolor que experimentan, tienden a experimentar mayores dificultades para enfrentar el dolor.

Tal como se ha revisado en líneas anteriores, existe un importante factor psicológico en la experiencia del dolor, es por ello que el componente psicológico se ha incluido como parte vital del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico. De acuerdo con Russo, C. & Brose, W. (1998), las terapias psicológicas para el dolor crónico incluyen el biofeedback, la visualización, y las técnicas de relajación. Coren, S. , Ward, L. & Enns, J. (2000), incluyen el modelamiento social, la sugestión y la concentración de la atención como técnicas cognoscitivas para el tratamiento del dolor. Autores como Eccleston, C. (2001) y Levy, R. & Walker, L.(2005), proponen la terapia cognoscitiva comportamental como el tratamiento de elección para el dolor crónico. En la presente reseña teórica se profundizará sobre este modelo en particular.

Merriam-Webster (2003), define la terapia cognoscitiva comportamental como una forma de psicoterapia basada en el concepto de que nuestros pensamientos afectan la manera como nos sentimos a nivel emocional. La terapia cognoscitiva comportamental se centra en los esquemas de pensamiento actuales, el comportamiento y la comunicación, antes que en las experiencias pasadas y se orienta hacia la solución de problemas. Eccleston, C. (2001) complementa esta definición afirmando que la terapia cognoscitiva comportamental incluye una combinación de tratamientos destinados a reducir la influencia de los factores que mantienen las conductas, creencias y patrones de pensamiento desadaptativos de los pacientes. Levy, R. & Walter, L. (2005) afirman que la terapia cognoscitiva comportamental en el tratamiento de dolor crónico, utiliza un enfoque multimodal que toma en cuenta las cogniciones asociadas al síntoma, la activación psicológica y la reestructuración de actividades; autores como Joseph, L. y otros (2005), han concluido que tanto la terapia cognoscitiva comportamental como la terapia operante comportamental son tratamientos eficaces para mejorar la discapacidad física y psicológica, así como la intensidad del dolor.

De acuerdo con Eccleston, C. (2001), hay siete factores claves que deben tenerse en cuenta para que la terapia cognoscitiva comportamental tenga éxito: el

reforzamiento positivo directo del comportamiento asociado al dolor, el reforzamiento positivo indirecto del comportamiento asociado al dolor, el reforzamiento positivo de los comportamientos adaptativos, estar en buena forma y funcionalidad, la reestructuración cognoscitiva, la educación y el empoderamiento y los factores críticos del proceso. En la terapia cognoscitiva comportamental se intenta generar un ambiente sensible a las situaciones en las que el paciente es reforzado directamente por comportamientos de dolor y se busca así mismo, minimizar el efecto de dicha contingencia, también se procura reemplazar los patrones de reforzamiento positivo indirecto, de los cuales el mejor ejemplo es la evitación de actividades, alentando a los pacientes a comportarse de acuerdo con contingencias temporales y a planear y alcanzar metas, el logro es reforzado; respecto a esto es preciso tomar en cuenta que los pacientes con dolor crónico, pocas veces son reforzados por sus conductas adaptativas, ya que tanto las familias como el personal de salud responden sobre todo a las complicaciones y a las necesidades antes que a las conductas favorables, por lo tanto, en un ambiente de terapia cognoscitiva comportamental, el paciente, el personal y la familia deberían estar entrenados para reconocer y reforzar el comportamiento saludable y positivo. El logro personal y estar en buena forma y funcionalidad son metas frecuentes para los pacientes con dolor crónico en este esquema terapéutico, y a menudo proporcionan un punto de partida para el reforzamiento positivo y el autoreforzamiento. Constituye también un factor fundamental en la terapia cognoscitiva comportamental, la reestructuración cognoscitiva, que consiste en desarrollar un entendimiento del efecto que pueden tener los pensamientos en los sentimientos y viceversa, entre los contenidos que se abordan en este punto, están las habilidades de comunicación, identificación y solución de problemas, manejo de la ira, reducción del estrés y estrategias de autorelajación. La educación y el empoderamiento se refieren a instruir al paciente respecto a las causas y consecuencias del dolor, el manejo de la comunicación entre médico y paciente, anatomía y biomecánica, reglas de la interacción social, e higiene del sueño. Además de estos factores o principios terapéuticos, existen otros presupuestos que pueden determinar el éxito de la terapia cognoscitiva comportamental, por ejemplo, que haya directrices claras y comunes entre el personal de salud, que entre mayor experiencia tenga el equipo de salud, mejores resultados dará la terapia, que se deben evitar los modelos de tratamiento

que entren en conflicto, que los miembros del equipo de salud tengan supervisión, entre otros.

Zas, B., Martín, M., Rial, N. & Grau, J. (1995) hacen especial énfasis en la importancia de lograr un entendimiento entre los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios para tratamiento del dolor; para ello es preciso que dichos profesionales manejen un lenguaje común, definan objetivos y métodos propios y delimiten sus estrategias de intervención teniendo en cuenta que se respeten los dominios de los demás profesionales. De acuerdo con estos autores, la multidisciplinariedad debe estar acompañada de un enfoque multidimensional que aborde el fenómeno del dolor en sus diferentes dimensiones, a saber, biológica, psicológica y social. Respecto a este último punto es importante tomar en cuenta que los esfuerzos conjuntos de los diferentes profesionales de la salud deberían integrar no solo el equipo de tratamiento interdisciplinario sino además, a la familia y al paciente. Como se mencionó en puntos anteriores, la participación activa del paciente en el proceso es vital, su empoderamiento y su búsqueda de autorreforzadores, así como su percepción de autoeficacia son variables importantes en el curso y resultado del proceso. A continuación se hará mención de algunos puntos que merecen consideración respecto al papel de los cuidadores familiares del paciente.

La principal conclusión de un estudio realizado por Stefani, D. y otros (2003), sobre cuidadores familiares de enfermos crónicos, es que los cuidadores presentan diferentes respuestas adaptativas de afrontamiento dependiendo del rol del cuidador, es decir, si es la madre o la hija del paciente, por ejemplo. De acuerdo con este estudio, los hijos e hijas del paciente tienden a experimentar más sentimientos de soledad y aislamiento social, lo que a su vez hace que entre ellos sea más frecuente asumir estrategias de afrontamiento como el pensamiento fantasioso o mágico y la negación de la realidad. Otras estrategias de afrontamiento comunes en estas situaciones incluyen la búsqueda de apoyo social, la evitación y la autoatribución de culpa. Dado que el diagnóstico de una enfermedad crónica o Terminal implica para los cuidadores familiares como para el paciente un proceso de adaptación que generalmente está acompañado de estrés y deprivaciones es preciso que el equipo de tratamiento provea de cuidados al cuidador, le entrene en el manejo de estrategias de afrontamiento adaptativas y en procesos de comunicación.

Conclusiones

Cuando se tiene la oportunidad de realizar una práctica clínica, es frecuente experimentar cierto grado de confusión frente a la tendencia de que los límites existentes entre uno y otro profesional de la salud son cada vez más difusos; esto sin mencionar que existe una gran variedad de técnicas y enfoques que a menudo pueden llevar al profesional inexperto a caer en el eclecticismo y el cuestionamiento de su identidad como psicólogo. Estudios como el presente sitúan al psicólogo en contextos y situaciones puntuales dentro del amplio espectro del campo de la salud, dándole mayor claridad sobre su rol. Si bien el psicólogo al igual que los demás profesionales debe cuidarse de no transgredir los límites profesionales e incluso de respetar los límites entre enfoques y con ello se entienda el evitar el eclecticismo teórico más no técnico, estudios como el presente que abordan fenómenos tan complejos como lo es el dolor, ponen en evidencia la necesidad de que el psicólogo se entrene más allá de un nivel básico en materias que aunque bien podrían ser consideradas del dominio de otras especialidades custodian conocimientos que pueden hacer la diferencia en el ejercicio profesional. Específicamente hablando del dolor, es incuestionable la necesidad de que el psicólogo tenga formación en cuanto a psicofarmacología y psicofisiología, no obstante, estos campos del conocimiento son considerados por muchos programas como opcionales o en el mejor de los casos son abordados de manera muy básica. Y es que todo fenómeno humano tiene tanto un sustrato biológico como un componente psicológico que permanentemente interactúan y se retroalimentan, de manera que ningún fenómeno puede ser abordado desde una perspectiva reduccionista, no solo porque se limitaría la comprensión del mismo sino también porque se podría generar interferencia o se puede atacar un blanco equivocado, por ejemplo, no puede abordarse una depresión endógena debida a una enfermedad o anomalía biológica de igual forma que una depresión psicógena, en la primera hay ciertas variables biológicas que de no ser controladas limitarían la efectividad del tratamiento. En la praxis, el psicólogo puede recurrir a esta valiosa información pero deberá limitarse en su ejercicio a abordar el fenómeno desde su campo de experticia, cada fenómeno como el dolor, tiene componentes psicológicos y es a partir de ellos que el psicólogo puede intervenir.

El enfermo terminal tiene necesidades mas allá de lo físico, atraviesa un complejo proceso psicológico de adaptación a la muerte y a las nuevas condiciones de vida que debido a la enfermedad deberá asumir, incluyendo cambios en su componente social y modificación de sus redes sociales. En el enfermo terminal, el psicólogo puede intervenir desde varias unidades de análisis, sobre todo, en el proceso de adaptación a la muerte y duelo, y en el manejo del dolor, desde luego, reforzando la terapia farmacológica mediante técnicas psicológicas para manejar el dolor, que incluyen: técnicas de relajación, biofeedback, reestructuración cognoscitiva, entre otras. La terapia cognoscitiva comportamental en particular, reúne muchas de estas técnicas y ha resultado ser para muchos psicólogos la terapia de elección para el manejo del dolor crónico.

El manejo del dolor en pacientes con enfermedades terminales o crónicas ha sido históricamente abordado por una gran variedad de enfoques teóricos, disciplinas y ciencias asociadas a la salud, profesiones y profesionales, técnicas, procedimientos, y estudios descriptivos y cuasiexperimentales. Entre esta gran variedad de aportes, vale la pena mencionar la labor conjunta de médicos, fisioterapeutas y psicólogos, entre otros profesionales de la salud. Es importante así mismo que el psicólogo trabaje interdisciplinariamente con médicos y otros profesionales de la salud ya que el dolor como se ha visto es un constructo multidimensional que no puede ser abordado solamente desde su componente psicológico, sino también biológico, del cuál se derivan las diferentes opciones de tratamiento farmacológico de última generación. Finalmente, el psicólogo, también trabaja con las redes de apoyo social del paciente, en especial sus cuidadores primarios y cuidadores familiares, entrenándolos en habilidades de comunicación, y como facilitadores de procesos, por ejemplo, dándoles instrucción en el manejo de contingencias y ayudándoles a afrontar los estresores propios de su rol de cuidadores de un enfermo terminal, por ejemplo, el estrés, la depresión y la ansiedad.

Para futuras propuestas, valdría la pena explorar mas a fondo la relación mente-cuerpo en lo referente al dolor, Ramachandran por ejemplo maneja hipótesis poco convencionales al respecto y en gran medida interesantes, soportadas de experimentos y casos clínicos no menos singulares. Estudios como el presente podrían servir de documentación en la fase exploratoria de estudios experimentales

y cuasiexperimentales orientados a generar y fundamentar hipótesis que puedan arrojar mas luces sobre este intrigante fenómeno.

Referencias

Astudillo, W., & Mendihueta, C. (2006). *La Rehabilitación y los cuidados paliativos*.

Obtenido en enero 8 de 2007, de

<http://www.rehabilitaciongeriatrica2006.com/astudillowilson.pdf>

Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*.

Madrid: Thomson Learning

Bernardotti, M. (s.f.) *Tratamiento del dolor*. Obtenido en febrero 22 de 2007, de

<http://www.bioetica.org/bioetica/curso5.htm>

Bird, J. (2003). Selection of pain measurement tools. *Nursing Standart*, 18, 33-39

Bouesseau, M. (1998). *La muerte como frontera de sentido: fundamentos para la*

elaboración de una ética de la medicina paliativa. Obtenido en febrero 11 de 2007, de

http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica2/08_Bouesseau.html

Bustamante, B. (2001). *Neuroanatomía Funcional*. Santa Fe de Bogota: Celsus.

Carter, R. (2002). *El nuevo mapa del cerebro*. Barcelona: RBA libros, S.A.

Cohelo, P. (2006). *Veronica Decide Morir*. Bogotá: Planeta Colombiana S.A.

Coren, S, Ward, L., & Enns, J. (2000). *Sensación y percepción*. Mexico: McGraw

Hill Interamericana S. A.

Chochinov H, & Breitbart, W. (2000) Handbook of Psychiatry in Palliative

Medicine. Oxford: Oxford University Press, pp 321-34.

- Escalante, G. (2002) Enfermedad terminal y psicología de la salud. *Médula*, 8, 40-46
- European Medicines Agency (s.f.). *Comité de medicamentos de uso humano. Informe europeo público de evaluación (epar) Prialt*. Obtenido en enero 16 de 2007, de www.emea.eu.int/humandocs/PDFs/EPAR/Prialt/H-551-PI-es.pdf -
- García, F., Martínez, E., Cáceres, E. (2001). Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y tratamiento médico del cáncer. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 41-52
- Gazzaniga, M. (1998). *Cuestiones de la mente: como interactúan la mente y el cerebro para crear nuestra vida consciente*. Barcelona: Herder S. A.
- Gracely, R., & Naliboff, B. (1996). *Measurement of pain sensation*. En: Kruger, L. (ed), *Pain and touch. Handbook of perception and cognition* (pp. 243-313). San Diego, CA: Academic.
- Hamer D. & Copeland, P. (1998). *El misterio de los genes*. Buenos Aires: Vergara
- Hardy, J., Wolf, H., & Goodell, H. (1985) *Pain Sensations and Reactions*. Baltimore: Williams and Wilkins
- Heneweer H, Aufdemkampe G, van Tulder MW, Kiers H, Stappaerts K., Vanhees L. (2007). Psychosocial variables in patients with (sub)acute low back pain: an inception cohort in primary care physical therapy in the Netherlands 32,586-92
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. & Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la

salud. *Papeles del Psicólogo*, 26, 39-46

Kim, A., Fall, P., & Wang, D. (2005). Palliative Care: Optimizing Quality of Life.

JAOA, 105, S9-S14.

Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. 3ª Ed. Barcelona:

Grijalbo.

Levy, R. & Walter, L. (2005). Cognitive behavior therapy for the treatment of

recurrent abdominal pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 137-145

Lima, V., Geller, J., Bangsberg, D., Patterson, T., Daniel, M., Kerr, T., Montaner, J.,

Hogg, R. (2007). The effect of adherence on the association between

depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first

initiating HAART. *AIDS*. 21(9),1175-1183

Melzac, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanism. A new theory. *Science*, 150, 971-979.

Merriam-Webster (2003). *El diccionario medico Webster*. Merriam-Webster,

Incorporated

Navarro, J. & Fombuena, R. (2005). Cuidados Paliativos en el Enfermo no

Oncológico. *Viure en Salut*, 67, 6-7.

Navarro, J., R. *Cuidados Paliativos no Oncológicos*. Obtenido en enero, 25, 2007 de

http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

Papalia, E., Olds, S., & Feldman, R. (2002). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw-Hill

Interamericana, S.A.

Peco-Antic A, Smoljanic Z, Dimitrijevic N, Kostic M, Marsenic O, Djordjevic M,

Kruscic D. (2001). The Lesch-Nyhan síndrome. *Srp Arh Celok Lek.* 129, 260-263.

Preciado, J., Montesinos, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. *Revista*

Latinoamericana de Psicología, 24, 177-187

Ramachandran V. (1999). *Fantasma en el cerebro. Los misterios de la mente al*

descubierto. Madrid: Debate pensamiento

Raselli C, & Broderick J. (2007). The association of depresión and neuroticism with

pain reports: a comparison of momentary and recalled pain assessment. *J*

Psychosom Res. 62, 313-320

Restrepo, M. (1999). Psicooncología y calidad de vida. *Revista Colombiana de*

Psicología, 8, 107-119

Rodin G., Walsh A., Zimmermann C., Gagliese L., Jones J., Shepherd F., Moore M.,

Braun M., Donner A., Mikulincer M. (2007). The contribution of attachment

security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic

cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 1992-1995

Roselli, D.A. (1997). *Neuro: introduccion a las neurociencias*. Santa Fe de Bogota:

Centro Editorial Javeriano.

Russo, C. & Brose, W. (1998). Cronic Pain. *Annual Reviews of Medicine*, 49,

123-133.

- Sloan-Kettering Institute for Cancer Research. (2000). *Farmacología de los analgésicos no opioides*. Obtenido en enero 16 de 2007, de http://www.plandolor.grupoaran.com/pdfs/Uni3_1.pdf
- Stahl, S. (1999). *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel Neurociencia
- Stefani, D., Seidman, S., Pano, C., Acrich, L. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 55-65
- Tang, N., Salkovskis, P., Hanna, M. (2007). Mental Defeat in Chronic Pain: Initial Exploration of the Concept. *Clinical Journal of Pain*. 23(3):222-232
- Wiley Publishing, Inc.(2003) *Websters's New World Medical Dictionary*. California: Wiley Publishing, Inc
- Zas, B., Martin, M., Rial, N. & Grau, J. (1995). El tratamiento psicológico del dolor, un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27, 9-24

