



La psicología de la salud en la clínica del dolor. Presentación de un caso

Lic. Leticia Ascencio Huertas,* Dra. Patricia Hernández Solís,**
Mtro. Miguel Sandoval Maza***

RESUMEN

Objetivo. Dar a conocer el papel del Psicólogo de la Salud como parte de un equipo multidisciplinario para el manejo integral del dolor en los pacientes con dolor crónico en una unidad de dolor.

Sede. Clínica del dolor en un Hospital de tercer nivel.

Diseño. Descripción de un caso clínico.

Paciente femenino de 38 años de edad, divorciada, originaria y radica en el D.F. con escolaridad de Trabajo Social, de religión católica, portadora de lupus eritematoso sistémico de 10 años de evolución, hipertensión arterial sistémica. Alcoholismo negativo, tabaquismo positivo desde los 18 años de 4-5 cigarrillos al día, hasta la fecha. Amputación pierna derecha en julio del 99, y lavado quirúrgico de muñón infectado, con presencia de dolor posterior a la cirugía con un EVA de 9-10, con diagnósticos de Sx. doloroso en muñón somático-neuropático secundario amputación pierna derecha y Sx. de miembro fantasma. El tratamiento farmacológico establecido es: trofanil, carbamazepina, curaciones del muñón cada tercer día, tratamiento con electroestimulación transcutánea (TENS) y tratamiento psicológico.

Conclusión. El mundo científico se interesa por abordar el estudio del dolor como una percepción compleja, y al paciente como un individuo global y la necesidad de abordar no sólo factores físicos o biológicos, sino también psicológicos y sociales, por lo que se han abierto las puertas a los profesionales de la psicología, para aportar nuevas perspectivas tanto teóricas como prácticas en el abordaje del dolor, que por su complejidad, requiere la participación de un equipo multidisciplinario en la evaluación y planeación en su tratamiento.

Palabras clave: Dolor, psicología de la salud.

ABSTRACT

Presentation of a clinical case managed by the Departments of Anesthesia and Control of Pain and Psychology.

Female patient, 38 years old, with a college education, Lupus erithematosus diagnosed 8 years ago, arterial hypertension, she smokes 9 to 10 cigarettes per day, and who suffered a leg amputation on July 1999 with severe postoperative pain neuritic type which was treated with carbamazepine antidepressives and mechanical drainage of the remaining limb. She had psychological help and her evolution was satisfactory.

Key words: Pain, health psychology.

* Residente de 3er. año de Psicología de la Salud.

** Médico adscrito al Servicio de Anestesiología/Clínica del Dolor, Hospital Juárez de México (HJM).

*** Psicólogo adscrito al Servicio de Psiquiatría y Psicología, HJM.



INTRODUCCIÓN

En la práctica hospitalaria, una de las causas de incapacidad más habitual, y que con mayor frecuencia llevan al individuo a buscar o evitar, atención médica es el dolor. El dolor denota que se ha producido una alteración nociva en el organismo, y como tal, posee un gran valor adaptativo, sin embargo, en ocasiones el dolor se mantiene constante a pesar de no existir ninguna estimulación nociva, daño tisular o causa orgánica que lo explique, constituyendo en sí mismo un problema.

La definición más aceptada es la propuesta por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP), que lo define como una experiencia sensorial y emocional desplacentera relacionada con daño potencial o real del tejido, o descrita en términos de tal daño, ya que el dolor es siempre subjetivo, además enfatiza que tanto el dolor agudo como el crónico, son el resultado de una combinación de factores físicos y cognitivos/afectivos.

La cuestión de que el dolor siempre es subjetivo es muy importante y enfatiza que el dolor es una experiencia somatopsíquica. Aristóteles se refirió a esto cuando describió al dolor como una “pasión del alma”. Esto enfatiza que una variedad de factores pueden causar o agravar el dolor, lo cual debe considerarse en la evaluación y el tratamiento.¹

Uno de los problemas más importantes del dolor crónico es el impacto sobre la vida de la persona que lo padece, así como en el sistema sanitario y social en general; por lo que, constituye un aspecto de vital importancia, dentro de las cuestiones actuales y aplicables en el campo de la salud, así como la comunicación médico-paciente, las dificultades en la etiología, la búsqueda de un modelo integrador de los factores ambientales, la insuficiencia de los medios asistenciales a todos los niveles, etc.²

El dolor como constructor teórico, requiere de una teoría que relacione funcionalmente todos los aspectos que entran en juego con la experiencia del dolor, siendo en la actualidad los modelos multiaxiales los que plantean que para comprender el fenómeno del dolor crónico es necesario evaluar e integrar tres aspectos: datos referidos a la patología física, las variables psicosociales, y las variables comportamentales.³

Melzack y Wall⁴ determinaron que la percepción del dolor se ve influida por tres elementos fundamentales: El aspecto sensorial-discriminativo que involucra la nocicepción que está relacionado con la habilidad del conocimiento del dolor por las vías de transmisión

espaciotemporal e información de los estímulos. El componente afectivo-motivacional tiene un sustrato de las interconexiones entre el sistema límbico y la modulación del dolor a nivel cerebral. Y finalmente el componente cognitivo.

Por ello cabe señalar que los problemas psicológicos son los factores que con más frecuencia agravan la percepción del dolor. El sufrimiento psicológico a menudo se describe simplemente en términos de ansiedad y depresión; sin embargo en la práctica se puede manifestar una gran variedad de reacciones psicológicas y síntomas físicos que, en conjunto, representan el fondo del sufrimiento psicológico. Este tipo de reacciones incluyen el enojo, el temor, la desesperación, la negación, la culpa, la angustia, la tristeza, la apatía, la pasividad y el retramiento.

La evaluación de un paciente incluye necesariamente el análisis de los problemas psicológicos.

Por su complejidad, se subraya la importancia de la participación de un equipo multidisciplinario en la evaluación y planeación del tratamiento del dolor.¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 38 años de edad, divorciada, originaria y radica en el D.F. con escolaridad de Trabajo Social, de religión católica, portadora de Lupus Eritematoso Sistémico de 10 años de evolución actualmente controlada con esteroide 32.5 mg al día e hipertensión arterial sistémica, actualmente controlada con captoril 25 mg cada 12 horas. Enfermedad ácido péptica controlada con ranisen 50 mg cada 12 horas. Alcoholismo negativo, tabaquismo positivo desde los 18 años de 4-5 cigarrillos al día, hasta la fecha. Antecedentes quirúrgicos en tres ocasiones: Cesárea, amputación pierna derecha en julio del 99, y lavado quirúrgico de muñón infectado. Inicia presencia de dolor un mes posterior a la realización de amputación de pierna derecha, de tipo urente, punzitivo, constante en muñón derecho, con un EVA de 9-10, sin irradiaciones, la cual disminuye con la administración de analgésicos y aumenta con los cambios de temperatura, y ciertos movimientos, además de presentar alteraciones, en el sueño vigilia. Posteriormente refiere el mismo dolor en muñón derecho agregándose sensación de toque eléctrico intermitente así como presencia de dolor tipo opresivo en tobillo de pierna amputada, que se acompaña de aumento de temperatura y presencia de edema y adormecimiento en cara homolateral de muslo derecho la cual dismi-



nuye con la ingesta de analgésico y anticonvulsivante a un EVA de 4. Los diagnósticos establecidos son: Sx doloroso en muñón somático-neuropático secundario a amputación de pierna derecha y Sx de miembro fantasma. El tratamiento farmacológico establecido es trofamadol 10 mg por la mañana y 25 mg por la noche, carbamazepina 200 mg cada 12 horas, curaciones del muñón cada tercer día y tratamiento con electroestimulación transcutánea (TENS) 2 veces por semana. Además de un tratamiento psicológico, el cual se enfocó al control del dolor con técnicas de relajación diafragmática y de imaginería. Psicoterapia individual con el manejo de técnicas cognitivo conductuales con el fin de identificar el problema subyacente que mantiene el dolor, como lo es la conflictiva con su madre, la baja autoestima y los pensamientos persistentes de inutilidad. Autorregistros de los ejercicios de rehabilitación para fomentar la adherencia terapéutica. Orientación y apoyo a la madre de la paciente por presentar una conflictiva de relación madre-hija, que incrementa el dolor y baja la autoestima en la paciente. Así como su adicción al tabaco, utilizando técnicas cognitivo-conductuales y autorregistros para el control y disminución en la ingesta de cigarrillos al día y que actualmente se encuentra en 2 al día.

La paciente continua con su tratamiento farmacológico, la aplicación de los TENS y la terapia psicológica con una disminución del dolor hasta un EVA de 2-3, con una elevación de la autoestima y una mejoría en la relación madre-hija que provoca una mejor aceptación de las limitaciones causadas por la enfermedad y los cambios en su forma de vida.

DISCUSIÓN

Existe una gran necesidad de considerar al dolor como una percepción compleja, y al paciente como un individuo global y la necesidad de abordar no sólo factores físicos o biológicos, sino también psicológicos y sociales, para aportar nuevas perspectivas tanto teóricas como prácticas en el abordaje de un problema que tiene repercusiones tanto económicas, sociales como individuales.

El papel del psicólogo de la salud juega un rol importante en el manejo del dolor tanto para la valoración, diagnóstico y tratamiento de los aspectos fundamentales en el dolor crónico, como para el manejo de la ansiedad, depresión, conductas de dolor, estilos de afrontamiento, expectativas ante la enfermedad, control de respuestas psicofisiológicas, papel del entorno familiar, etc.

Así mismo, hay que destacar que el diagnóstico de dolor debe ser establecido por exclusión de causas físicas además de una evidencia psicológica, que será determinada a partir de la evaluación psicológica, debido principalmente a que el dolor cuenta con un componente somatógeno y psicógeno desde el punto de vista etiológico.

Motivo por el cual, al llevar a cabo el análisis de cualquier paciente con dolor crónico, así como la planificación del tratamiento, debe considerarse el factor etiológico ya sea somático y/o psicológico, además del análisis funcional-conductual de las operantes y respondientes implicadas, logrando con ello una aproximación multidisciplinaria, que es la más adecuada en el tratamiento del dolor.

Por otro lado, fortalecemos el papel activo del paciente con dolor crónico a la hora de manejar su problema de forma más integral y eficaz, fomentando el automanejo del dolor que junto con el manejo farmacológico ayudan a los individuos a desarrollar un cierto dominio sobre su dolor.

Por lo que la presentación de este caso destaca la importancia de contar con un equipo multidisciplinario para el manejo integral del dolor en los pacientes con dolor crónico en una unidad de dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woodruff R. *Dolor por Cáncer*, México: Medigraphic Editores. 1998.
2. Penzo W. *El Dolor Crónico* Barcelona: Martínez Roca Editores. 1989.
3. Turk DC, Meichenbau D, Geest M. *Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective*, Nueva York: Guilford Press. 1993.
4. Melzak R, Wall PD. *Pain Mechanism: A New Theory*. Science. 1965.
5. Portenoy RK. Novel Methods of opioid administration. *Cancer Nurs* 10 (Suppl. 1987; 1): 138-42.
6. Monsalve V, Andrés JA. Estructura del Servicio de Psicología en una Unidad de Dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998; 5: 434-438.
7. Latorre JM. Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico. En: Latorre JM, Beneit PJ (Coordinadores) *Psicología de la salud. Aportaciones para los Profesionales de la Salud*, Argentina: Lumen. 1994.
8. Donker F. Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico. En: Simón MA (ed.) *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos Metodología y Aplicaciones*. España: Editorial Biblioteca Nueva. 1999.
9. Holland J, Rowland J. *Handbook of Psychooncology*, New York: Oxford University Press. 1989.
10. Golden W, Gersh W, Robbins D. *Psychological Treatment of Cancer Patients. A cognitive-Behavioral Approach*. Boston: Allyn and Bacon. 1990.