

## EL IMPACTO EMOCIONAL DEL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

**Graciela Hoyos MD** (psicóloga clínica) - **Alejandro Castillo MD** (psiquiatra)  
Sección de Psiquiatría y Psicología - Clínica del Dolor - FVL

### EDITORIAL

En los últimos años se ha incrementado el interés sobre el adecuado manejo del dolor no sólo por parte de la comunidad médica, sino por parte de nuestra sociedad en general, que exige tratamientos efectivos e integrales. El manejo de estos pacientes se debe hacer con un grupo multidisciplinario en el cual el psiquiatra y psicólogo cada vez juegan un papel de mayor importancia.

La magnitud del dolor humano va mucho más allá que una simple sensación. Se encuentra influenciado por factores emocionales, cognitivos, y psicosociales, con grandes repercusiones en la vida laboral, familiar y social. Los dolores crónicos pueden convertirse en una de las principales causas de ausentismo laboral, con implicaciones económicas enormes por la reducción en la producción, los pagos en salud, incapacidades y compensación. Por otro lado, el dolor limita la capacidad del individuo para descansar, disfrutar, actuar y relacionarse. La pérdida de ingreso y la pérdida de autonomía llevan a estos pacientes a presentar sentimientos de minusvalía. Otros pueden sentirse incluso culpables por no ser capaces de vencer al dolor y continuar su vida sin modificaciones y medicaciones. La persistencia de dolor crónico ha llegado a convertirse en factor de riesgo para suicidio.

El grupo de psiquiatría y psicología puede diagnosticar y manejar trastornos psiquiátricos que acompañan al dolor. Ellos pueden ofrecer intervenciones farmacológicas como también manejo de las secuelas emocionales y cognitivas del dolor crónico. Adicionalmente, pueden detectar y tratar factores que estén interfiriendo en los resultados del tratamiento de su síndrome doloroso. El potencial abuso de medicamentos opioides por su uso crónico es otro campo de trabajo para estos especialistas. En algunos casos, el cuidado de un paciente con dolor crónico puede estar delegado por completo al psiquiatra.

Dra. María Mercedes Fajardo  
Anestesióloga- Algesióloga  
Clínica del Dolor - FVL

### INTRODUCCIÓN

El dolor es en principio una experiencia subjetiva y compleja, una experiencia humana que involucra componentes físicos, psicológicos (cognitivos y afectivos) y sociales. En muchas ocasiones es un síntoma de una enfermedad pero también puede convertirse en una enfermedad en sí mismo, por lo que debe evaluarse y abordarse de manera técnica, interdisciplinaria y humanizada.

La evaluación integrada de la persona que padece dolor debe apuntar a establecer de manera individualizada, la participación de cada componente en la presentación del dolor, contextualizándolo además en el momento de la vida en el que aparece, es decir, en su ciclo vital. Por estas consideraciones es que la Clínica del Dolor, de la Fundación Valle de Lili, ha planteado la evaluación y el tratamiento de las personas con dolor como un proceso que debe hacerse de manera individual y por diversos profesionales de la salud, en un intento por combinar los diferentes abordajes y modalidades médicas y psicosociales, con el fin de controlar el dolor, lograr mayor rehabilitación y mejoría en la calidad de vida del paciente.

### ¿QUÉ ES EL DOLOR?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (AIED) ha definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada con el daño real o potencial de un tejido o descrita en términos de ese daño” (Merskey et al. 1986). Esta definición enfatiza al dolor como un fenómeno sensorial, perceptual y emocional, como una experiencia subjetiva, única para cada individuo. En la investigación sobre dolor se han diferenciado tres categorías:

**1. Dolor agudo:** los síntomas dolorosos son esperados y directamente proporcionales a la enfermedad, lesión o daño del tejido. Los síntomas siguen un patrón esperado en términos del tiempo que se espera para esa lesión y responden efectivamente al tratamiento propuesto. La persona recupera prontamente su funcionalidad y productividad.

**2. Dolor crónico:** los síntomas dolorosos exceden el tiempo esperado y generalmente persisten más allá de 6 meses del inicio de la enfermedad o lesión. En el dolor crónico, la condición dolorosa también tiende a excederse en cuanto a la intensidad del dolor, la cual no corresponde generalmente a lo esperado por la condición médica exclusivamente. Debido a lo anterior, el dolor crónico trae como consecuencia una disminución en la funcionalidad y productividad de la persona dando lugar a la aparición de síntomas psicológicos asociados y un aumento considerable de la utilización de los servicios médicos. El tratamiento del dolor crónico es complejo y debe hacerse de manera interdisciplinaria debido a la cantidad de aspectos que involucra, incluyendo los psicosociales.

**3. Dolor crónico relacionado con el cáncer:** al igual que en el dolor crónico no relacionado con el cáncer, en esta categoría los síntomas dolorosos persisten en el tiempo aunque, a diferencia de la categoría anterior, en muchas ocasiones el dolor es esperado y obedece a la naturaleza de la enfermedad. La condición de malignidad del cáncer involucra a su vez aspectos emocionales y psicosociales importantes que en ocasiones pueden dificultar un ajuste o adaptación psicológica de la persona a la condición. Tanto la condición de malignidad como la condición del dolor crónico relacionado con el cáncer ameritan el tratamiento multidisciplinario con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona.

### MODELO MULTIDIMENSIONAL EN EL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico ha experimentado una evolución en su concepción, desde el modelo que suponía que el dolor se consideraba una consecuencia de una lesión física específica, hacia un modelo que da cabida a la interacción de elementos psicológicos y sociales. En la década de los sesentas se dio un paso importante cuando se formuló la teoría de la compuerta, modelo que define tres componentes que interactúan de manera compleja; un componente sensorial o nociceptivo, un componente afectivo y un componente cognitivo o evaluativo del dolor, modelo en el que cada uno de estos componentes procesa información y determina la experiencia del dolor. Si bien estos componentes interactúan, no se puede predecir que sean correspondientes entre sí, pero el modelo ha evolucionado y se han integrado otros elementos:

a. Una dimensión sensorial – discriminativa: relacionado con la valoración de la intensidad y frecuencia del dolor.

b. La dimensión motivacional – afectiva: relacionada con la valoración y expresión de la respuesta emocional del dolor.

c. La dimensión cognitiva-evaluativa: relacionada con las creencias y actitudes sobre la experiencia del dolor.

d. La dimensión conductual – relacional: relacionada con la manera como se comunica el dolor a otros y la forma como se afectan y transforman las relaciones consigo mismo y con las personas cercanas.

e. La dimensión espiritual-existencial: relacionado con la percepción de sufrimiento y los recursos personales para enfrentarlo.

### ADAPTACIÓN DEL PACIENTE AL DOLOR

Desde la perspectiva multidimensional del dolor, se hace indispensable abordar los diferentes factores que intervienen en el afrontamiento al dolor crónico y que pueden facilitar, precipitar o perpetuar el dolor, a saber, algunos de los más importantes:

	Predisponentes	Precipitantes	Perpetuadores
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de dependencia no reconocida.</li> <li>- Ira o ansiedad crónicas.</li> <li>- "Adicción" al trabajo.</li> <li>- Bajo nivel educativo.</li> <li>- Trastornos de la personalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrés agudo o crónico.</li> <li>- Pérdidas significativas.</li> <li>- Duelos no resueltos.</li> <li>- Ansiedad aguda o crónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos de la personalidad.</li> <li>- Desesperanza.</li> <li>- Distorsión en la percepción de la enfermedad.</li> <li>- Estrés o ira crónicas.</li> <li>- Mala relación médico-paciente.</li> <li>- Exponerse a riesgos innecesarios.</li> <li>- Estrategias de afrontamiento desadaptativas.</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida temprana de los padres.</li> <li>- Abuso físico o sexual.</li> <li>- Presencia de una enfermedad crónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrés laboral.</li> <li>- Conflictos familiares.</li> <li>- Problemas económicos.</li> <li>- Problemas con los servicios de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social.</li> <li>- Conflictos familiares.</li> <li>- Malas relaciones en su trabajo o con los servicios de salud o con el médico.</li> </ul>

## ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN

Las estrategias que las personas usen para adaptarse al dolor son variadas y dependen en gran parte de la forma de ser (personalidad) y del significado que las personas les dan a la experiencia de dolor crónico.

En primer lugar, es importante asegurar que exista por parte de la persona que padece el dolor una actitud de compromiso frente al tratamiento (toma de la medicación como es recomendada por el médico, asistencia puntual a los controles, hábitos saludables). En segundo lugar se deben evaluar las estrategias que utilizan las personas para enfrentar el dolor. Dentro de las estrategias existen unas que facilitan la adaptación y otras que, por el contrario causan sufrimiento emocional e incluso trastornos de tipo ansiedad y/o depresión, que son las más comunes. Estas estrategias han sido descritas:

- a. *Estilo confrontativo: Esfuerzos hostiles o agresivos para modificar el dolor.*
- b. *Distanciamiento: Esfuerzos por alejarse mentalmente del dolor.*
- c. *Auto-control: Esfuerzos para regular las emociones o conductas frente al dolor.*
- d. *Búsqueda de soporte social: Esfuerzos para buscar soporte emocional e información en otras personas.*
- e. *Aceptación de la responsabilidad: Reconocimiento del papel personal en la situación o problema.*
- f. *Escape o evitación: Esfuerzos cognitivos o comportamentales para no enfrentar el dolor.*
- g. *Planear soluciones: Buscar alternativas deliberadas y cuidadosas para modificar la situación.*
- h. *Reevaluación positiva: Esfuerzos para reformular la situación de una manera positiva.*

## CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

Presentar dolor crónico es una condición que afecta todas las áreas del funcionamiento de la persona. Algunas veces trae consigo una limitación física que afecta el desempeño de muchas de las actividades cotidianas que la persona solía realizar en su hogar, su trabajo o en su tiempo libre. La dificultad para desempeñarse “como lo hacía antes” es una de las quejas constantes en la experiencia del dolor crónico la cual va acompañada de un sentimiento de frustración.

## EXPECTATIVAS Y EVALUACIONES PERSONALES

Todas las personas tenemos expectativas sobre nosotros mismos, algunas personas se evalúan según cumplan o no dichas expectativas. En general esperamos lograr metas personales, laborales y sociales al igual que las de tener una buena salud. Cuando la enfermedad llega trae como consecuencia una alteración en el desempeño y un deterioro de la calidad de vida. Esta situación conlleva a comprometer con alguna frecuencia la percepción de autoeficacia, se tiende a realizar evaluaciones negativas acerca de las capacidades y aparecen pensamientos asociados con la incapacidad, la vulnerabilidad y la debilidad “ya no puedo hacer esto”, “nunca podré volver a hacer aquello”, etc. Estas evaluaciones afectan directamente el estado de ánimo de la persona exacerbando elementos ansiosos y depresivos.

## RELACIONES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES

La limitación física y los cambios en lo que la persona piensa y siente sobre sí misma tienen como consecuencia que la persona tenga cambios también en sus actitudes y comportamientos frente al trabajo, la familia y los amigos. Uno de los aspectos que más dificulta la adaptación del paciente con dolor es asimilar el cambio de papel que desempeña en las relaciones laborales, familiares y sociales. Frecuentemente, cuando se presenta limitación física y/o emocional asociada al dolor, obstaculiza que la persona se desempeñe de la manera que solía hacerlo. Por esto el paciente y las personas a su alrededor pueden tener problemas para relacionarse entre ellos y notar diferencias importantes entre lo que se hacía antes y lo que se hace ahora. Por ejemplo los cambios en la capacidad de trabajo o ejecución y de estado de ánimo pueden afectar la relación de la persona con sus jefes o compañeros y lo mismo puede ocurrir en las relaciones con la familia y amigos.

## DEPRESIÓN Y DOLOR CRÓNICO

Los síntomas depresivos y el trastorno depresivo son la comorbilidad más frecuente en los pacientes con dolor crónico; se sabe que los desórdenes depresivos son mucho más frecuentes en las personas que presentan un dolor crónico que en la población general. Es necesario, dentro de la evaluación, descartar la presencia de un cuadro de depresión mayor, pero se ha descrito que la presencia de síntomas depresivos, en especial en las personas que los reportan es predictiva de complicaciones.

Las consecuencias de la depresión son:

- Interfiere en el manejo médico quirúrgico de la enfermedad.
- Amplifica el impacto negativo en la calidad de vida.
- Aumenta la intensidad y persistencia del dolor.
- Dispara estrategias de afrontamiento / maladaptativas.
- Facilita la NO adherencia a los tratamientos médicos.
- Aumenta los comportamientos asociados al dolor.
- Es mejor predictor de discapacidad que la intensidad o duración del dolor.
- Aumenta el uso de los servicios de salud.
- Aumenta el riesgo suicida.

## SOMATIZACIÓN Y DOLOR CRÓNICO

En nuestra experiencia, y tal como se describe en la literatura, los trastornos de somatización no son frecuentes en pacientes con dolor crónico. Lo que encontramos en general aparece como un estilo de enfrentar la situación de dolor crónico, más que la presencia de un trastorno como tal. Lo que presentan muchas de las personas que padecen un dolor crónico es una tendencia al pensamiento catastrófico, la creencia de que los profesionales de la salud creen que su dolor es imaginario, los sentimientos de pérdida del control de la situación y una necesidad de ser escuchados y atendidos. Este tipo de creencias y emociones facilita que se amplifique la sensación dolorosa, y que interfieran elementos emocionales.

## TRATAMIENTO

Los diferentes consensos que se han realizado, han recomendado que se realice un tratamiento que involucre varios profesionales de la salud y de manera importante se aborden los elementos psicosociales que hemos mencionado anteriormente. El psiquiatra y el psicólogo en el grupo de Clínica del Dolor pretenden:

- Determinar la contribución de lo psicológico y lo comportamental en la experiencia del dolor crónico.
- Evaluar la presencia de algún trastorno mental y tratarlo cuando esté presente.

- Identificar y abordar los aspectos psicológicos y sociales que pueden afectar o perpetuar la experiencia de dolor crónico.
- Aportar manejo: estrategias farmacológicas y NO farmacológicas que han demostrado tener utilidad en la mejoría de la calidad de vida de las personas que padecen de dolor crónico.

## FARMACOTERAPIA

Existe suficiente evidencia de la eficacia de los antidepresivos en las personas que padecen de dolor crónico, no sólo en el caso de que existan síntomas o un trastorno depresivo, sino por su efecto analgésico directo, en particular los llamados antidepresivos tricíclicos. Adicionalmente existen otros antidepresivos de más reciente aparición que han empezado a ser estudiados en esta población y que muestran resultados promisorios. Es importante destacar que en general las personas con dolor crónico reciben otro tipo de medicamentos, que hacen necesario identificar posibles interacciones farmacológicas.

Finalmente es necesario brindar información al paciente de la necesidad de la intervención con fármacos por parte del psiquiatra del Grupo de Dolor, y dilucidar algunos mitos que todavía existen alrededor de la medicación antidepresiva o ansiolítica.

## PSICOTERAPIA

La psicoterapia es el tratamiento psicológico que en el manejo del dolor crónico está orientado a facilitarle al paciente la adaptación a su condición de dolor, interviniendo sobre todos los componentes psicosociales que pueden obstaculizar un mejor control del mismo y que por lo tanto afectan la calidad de vida. Con esta intervención se busca concientizar al paciente del compromiso personal que tiene con su recuperación cumpliendo responsablemente con el tratamiento.

Otro tipo de intervenciones no farmacológicas son utilizadas según la evaluación individualizada que se realice, tales como la utilización de diarios de dolor, la relajación, la meditación o la intervención de pareja o de la familia.

### Comité Editorial:

- |                         |                         |                            |                                |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg | • Dr. Paulo José Llinás | • Dra. Marisol Badiel      | • Dra. Sonia Jiménez Suárez    |
| • Dra. Yuri Takeuchi    | • Dr. Jaime Orrego      | • Dr. Carlos Alberto Cañas | • Dra. Karen Feriz             |
| • Dra. Diana Prieto     | • Dr. Alfredo Sánchez   | • Dr. Carlos Serrano Reyes | • Enfermera Ma. Elena Mosquera |

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali  
e-mail: [cartadelasalud@fvvl.org](mailto:cartadelasalud@fvvl.org)