

MANEJO PSICOLOGICO DEL DOLOR

YOLIMA IVONNE BELTRAN V. *

RESUMEN

Se presentan los determinantes sensoriales, motivacionales aversivos y superiores, asociados a la ocurrencia del dolor, que lo convierten en una señal de alerta que incluye: Un comportamiento de defensa, una expresión del componente emocional del disgusto, un componente vegetativo y la captación psicoafectiva de todos estos fenómenos que conducen al sufrimiento. Se diferencia el dolor como experiencia subjetiva y como evento objetivo, desembocando en la caracterización del dolor de origen, orgánico y el dolor de origen psicógeno. Se plantean la relajación y la sugestión como formas alternativas y de comprobada eficacia, al manejo farmacológico del dolor. Se destacan como técnicas principales: la anestesia progresiva de Watkjins, la ideación sensorio-imaginaria, la imaginaria visual, la apertura y el cierre ocular, la persistencia de imágenes y los procedimientos mecánicos.

PALABRAS CLAVE: Dolor-psicología, Psicoterapia, Relajación, Sugestión.

En el transcurso del desarrollo de la humanidad, el hombre ha intentado de diversas formas evitar, disminuir o controlar una de las sensaciones más molestas: El dolor.

Los antecedentes de tal hecho, los encontramos en la historia antigua, donde los griegos utilizaban la mandrágora, el opio y el garrotazo, como medios para anestesiarse a los pacientes que iban a ser sometidos a intervención; el enfermo sin sentido, era operado mientras recuperaba el conocimiento (1).

El dolor es la más subjetiva de las sensaciones que percibe el hombre. Se le puede definir como una impresión penosa experimentada por un órgano o parte del cuerpo, transmitida al cerebro a través de diferentes vías. Los receptores para el dolor son las terminaciones nerviosas libres o desnudas que se encuentran en casi todos los tejidos del organismo (2).

La gama del dolor es infinita y se extiende desde aquellas personas hipersensibles al dolor, hasta aquellas otras que nacieron insensibles al mismo; desde el dolor con causa orgánica -como un pellizco en la piel o la fractura de un hueso- hasta el dolor fantasma, cuando la persona se queja de molestias en un miembro que le amputaron hace años (3).

Es característico de todo dolor acompañarse de un fuerte componente emocional. Gran número

* Profesora Auxiliar Departamento de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas y Educación, UIS.

de factores influyen sobre la intensidad con que es percibido, siendo algunos de ellos: La raza, la personalidad, el estado de conciencia, la integridad del sistema nervioso, el adiestramiento, la atención, la distracción, la fatiga, la ansiedad, la tensión, el temor, el éxtasis sexual o religioso, la sugestión, e estado mental, etc.

En la penosa sensación del dolor intervienen tres procesos psicofisiológicos :

1. **Determinantes sensoriales:** Entre los que se destacan las propiedades espaciales, temporales y de intensidad del estímulo doloroso. Esta información es manejada por la vía neoespinalámica.
2. **Determinantes motivacionales aversivos:** Se incluyen aquí aspectos como el odio y la repugnancia asociados al dolor. Esta información es llevada por el sistema paramedial ascendente, integrado por vías espinoreticulares, espinomesencefálicas y paleoespinalámicas, las cuales proporcionan el componente de aversión que forma parte integral de la respuesta al dolor. Este sistema establece conexiones con el sistema límbico, el cual interviene también en diversas respuestas conductuales de tipo aversivo.
3. **Determinantes superiores:** Comprenden elementos de tipo psicológico como la atención, la ansiedad, la anticipación y la experiencia previa entre otros, los que a su vez influyen en los determinantes señalados anteriormente (2).

Partiendo de estos procesos surge la pregunta: ¿Es el dolor producido por el daño de los tejidos que causa un estímulo conocido, más "real" que el dolor cuyo estímulo productor se desconoce, o tal vez no es más que un pensamiento o una imagen?

Para dar respuesta a este interrogante, hay que recurrir entonces, a los diferentes "lenguajes" mediante los cuales se expresa el dolor, entre los que se destacan: El neurológico, el fisiológico, el conductual y el afectivo, lenguajes que hacen que el dolor se conceptualice como un evento diferente, dependiendo del nivel en el que se le ubique. Conceptualizado el dolor como acontecimiento

neurológico, se da a partir de un cambio intenso o rápido de energía física, capaz de producir daño a los tejidos, estímulo que inicia la pauta de respuesta dolorosa, cuya percepción será realizada por las terminaciones nerviosas libres no diferenciadas, distribuidas por todo el cuerpo.

Definido como acontecimiento fisiológico, el dolor prepara al cuerpo para evitar el daño o escapar de él. Aunque varían los efectos específicos, estos pueden incluir: La inhibición de la actividad gastrointestinal, un mayor consumo de oxígeno, tensión muscular aumentada y la constricción de las arterias, entre otros.

Como evento conductual, el dolor disminuye cuando hay una menor entrada sensorial. La tolerancia al mismo puede aumentar mediante la distracción, la relajación, las instrucciones motivantes o la identificación con el grupo. Además, perturba la conducta y estimula la agresión.

Como evento afectivo, el dolor pone de relieve la asociación con la ansiedad, la depresión, las necesidades regresivas de castigo y el aminoramiento de la culpabilidad, y la comunicación interpersonal de las sensaciones molestas (4).

En síntesis, el dolor es una señal de alerta del organismo que incluye: un comportamiento de defensa, una expresión del componente emocional de disgusto por medio de la mímica, un componente vegetativo o autónomo del fenómeno doloroso que se manifiesta por midriasis, taquicardia, alteraciones respiratorias, vasomotoras, etc., y por último, la captación psicoafectiva de todos estos fenómenos, unidos o integrados, que conducen al sufrimiento.

Algunos estados "psicoafectivos" pueden provocar en las personas una indiferencia transitoria al dolor: por ejemplo en los combates, en las riñas, en los intentos de suicidio, en los actos de automutilación, durante la hipnosis, etc. Sin embargo, en todos estos estados, probablemente interviene el sistema nervioso en forma compleja (5).

Sternbach (1968), tratando de integrar el conjunto de investigaciones tan heterogéneas que

existen acerca del dolor propone que la reacción ante el dolor depende finalmente de:

- a. La manera como el sujeto maneja las percepciones, especialmente las de responder a la ansiedad.
- b. La asociación aprendida de los efectos físicos que producen reacciones de dolor con el contexto social en que tiene lugar esta sensación, y
- c. La modificación sensorial interna de estas respuestas de dolor, por parte de diversas fuentes cognoscitivas (6).

Nuestra susceptibilidad al dolor conduce a menudo a la especulación de lo maravilloso que sería que pudiésemos no sentirlo. Si reflexionamos un momento, se desmorona esta fantasía, ya que la capacidad de experimentar dolor, así como sus propiedades motivacionales, es de hecho uno de los dones más grandiosos que nos ha dado la naturaleza. Esto se entiende si se considera esta sensación como un sistema de señales que se ha desarrollado para prevenirnos de las amenazas a la integridad de nuestro cuerpo, y que produce reflejos de retirada, de evitación y conductas de escape.

De aquí se desprende la posibilidad de hablar entonces del dolor como experiencia subjetiva y como evento objetivo.

La subjetividad del dolor es comparable a la de los sueños, la memoria y la percepción. El carácter privado de nuestra experiencia del dolor se hace patente cuando intentamos explicarle a alguien más, la molestia que sentimos.

El dolor, en tanto que experiencia, no es público, ni un acontecimiento que pueda reproducirse. Por tanto, no está sujeto al análisis objetivo y científico. El dolor, en tanto que actividad celular nerviosa o respuestas motrices explícitas, puede describirse objetivamente y estudiarse analíticamente (6).

De hecho, no todos los dolores se sienten de la misma manera: hay dolores vagos, como ciertas sensaciones de tipo psicológico; dolores punzan-

tes, como de puñalada, cada vez que el paciente respira y sufre de pleuritis; dolores fulgurantes, intensos y rápidos como el rayo, en la neuralgia del trigémino; dolores tenebrantes, tal como si les taladraran el hueso, y que se ven precisamente en las enfermedades óseas; dolores lancinantes, con sensación de pinchazo, en el cáncer y los abscesos; dolores comprensivos y opresivos, acompañados de agonía, en la angina de pecho; dolores quemantes agudos y acompañados de hambre que se alivian con las comidas y los alcalinos, característica de la úlcera del estómago y dolores cólicos con retortijones, en los espasmos intestinales.

De aquí que sea, entonces, de especial importancia, determinar las características, de los dolores que tienen una causa psicológica, tanto para descartar una enfermedad orgánica, como para precisar su diagnóstico y tratamiento. Es imperativo para el profesional de la salud conocer la diferencia entre un dolor psicógeno y uno físico porque, con el psicologismo que reina en nuestros días, la inclinación del profesional, cuando no encuentra una causa verdadera, es la de diagnosticar “dolores psicológicos”, cuando realmente hay de base una grave enfermedad orgánica (3).

Cuando el dolor es de origen orgánico presenta algunas de las siguientes características:

- a. El dolor es unilateral.
- b. Mejora con analgésicos simples o terapia física.
- c. Se modifica por la posición y la actividad.
- d. Aumenta con los esfuerzos (tosar, defecar).
- e. La descripción del dolor es más simple, más exacta.
- f. A pesar de la cronicidad, tiene períodos de mejoría o alivio.
- g. El curso es progresivo.

Cuando el dolor es de origen psicógeno, presenta algunas de las siguientes características:

- a. Principio poco definido.

- b. Localización difusa, en un área muy extensa.
- c. Dificultad para relacionarlo con alguna causa determinada.
- d. Persistencia, ya sea continua o intermitente por períodos prolongados; dolores y sufrimientos constantes que no cesan ni de noche ni de día.
- e. Falta de correlación con otros síntomas que permitan integrar un síndrome doloroso orgánico.
- f. Ausencia de un proceso patológico definido que explique el dolor.
- g. Percepción del dolor vaga, muy elaborada, exagerada y rica.
- h. Existencia de otros elementos de somatización de la angustia; como dolores musculares, entumecimientos y hormigueos en alguna parte del cuerpo, sensación de pesadez en brazos y piernas, dolores en el corazón o en el pecho, sudores, dificultad para respirar, sensación de flojera, dificultad para hablar, cefaleas, sensación de nudo en la garganta.

Los dolores psicógenos pueden ser de diversos tipos:

- a. Dolores que acompañan a la tensión psicológica como las cefaleas tensionales y los dolores de espalda.
- b. Dolores que acompañan a los histéricos conversivos.
- c. Dolores asociados a las depresiones, y
- d. Dolores que acompañan a la hipocondría (6).

Bien sea de origen físico o psicológico, el dolor es un evento altamente estresante, que perturba el bienestar del sujeto. ¿Qué puede hacerse para disminuirlo o controlarlo?.

La respuesta a esta pregunta, proviene de la psicología, a través de dos técnicas clínicas básicas: la relajación y la sugestión.

La relajación, como proceso natural, surge con la aparición del hombre, ya que a lo largo de su desarrollo la ha practicado asistemáticamente. Como técnica básica de control del dolor, surge en su primera fase con el trabajo pionero de Edmund Jacobson, quien en 1934 desarrolló un método fisiológico para combatir la tensión y la ansiedad. La segunda fase se inició con Joseph Wolpe, quien modificó los procedimientos de Jacobson y los aplicó en un programa sistemático de tratamiento (7).

Se le puede definir como un proceso que ocurre a través de soltar y tensionar los músculos mediante el control de la respiración, propiciando la desviación de la atención del sujeto y alterando su vivencia del tiempo.

Esta, reduce en una porción significativa la tensión resultante del contacto directo del sujeto con el evento stressor; tiene la posibilidad de ser empleada "antes de" y "durante" el contacto del individuo con el stressor, mejorando su capacidad de resistencia al mismo. En síntesis, ayuda a reducir el nivel de tensión y agitación interna, aliviando el desequilibrio nocivo perjudicial para el cuerpo y la mente.

Para que la relajación se pueda desarrollar, exige inicialmente las siguientes condiciones:

1. Ambiente tranquilo: caracterizado por una habitación silenciosa, poca luz, temperatura ideal, y ausencia de interrupciones.
2. Posición cómoda: ya sea sentado en una butaca con espaldar y brazos o estirado en una alfombra o colchón.
3. Actitud activa/pasiva del sujeto: activa, en tanto que sigue instrucciones y pasiva, en tanto que se deja guiar por el terapeuta.

Su efectividad depende también de algunas características de la persona, como su capacidad de centrar la atención, su nivel motivacional y cultural (8).

Por su parte, la sugestión, se remonta a tiempos lejanos. Ha sido practicada bajo numerosas de-

nominaciones en diferentes lugares, desde tiempos inmemoriales. Miembros de tribus primitivas, médico-brujos y líderes religiosos, la han empleado en diversas formas para curar enfermos. El Papiro de Elsea, de más de 300 años de antigüedad, describe cómo los adivinos egipcios utilizaban métodos sugestivos similares a los practicados actualmente (9).

La sugestión puede definirse como la aceptación de una idea sin análisis crítico previo; es un modo de influir sobre el sujeto, donde las impresiones sensoriales son transportadas intencionalmente para obtener respuestas modificadas a través de la desviación intencional de la atención, la credulidad y la expectativa del sujeto catalizadas por la imaginación.

Las sugestiónes proveen a los centros superiores, de información con un torrente de datos sensoriales procedentes de diferentes canales: de origen verbal (que incluye las impresiones preverbales que se refieren a la comunicación por sonidos o palabras), de tipo no verbal (gestos y muecas), de procedencia intraverbal (las que conciernen a la modulación de la voz) y extraverbal (se refieren a lo implícito en las palabras o frases, tendientes a reducir la actividad crítica).

Su consecuencia principal es la reestructuración de las relaciones entre las percepciones y los objetos, lo que conduce a una reconstrucción de lo que el sujeto acepta como realidad (9).

Tanto la relajación como la sugestión se unen para consolidarse como métodos efectivos en el manejo del dolor, integrándose en diversas técnicas de comprobada eficacia. Algunas de ellas son:

1. La técnica de Watkjins de la anestesia progresiva: Este método se inicia cuando se presenta en el individuo una sensación especial en un dedo, momento a partir del cual, el operador señala al sujeto que no solo ese dedo comienza a experimentar hormigueo, sino que al mismo tiempo pierde sensibilidad, haciéndose inservible. Las sugestiónes se dirigen progresivamente a la mano, la muñeca, el hombro, el brazo, etc.
2. Técnica de la ideación senso-imaginaria: Es

una técnica que emplea la visualización de imágenes y es de excelente eficacia con los niños. Consiste en hacer que el individuo cierre los ojos y describa el sitio donde vive; el operador, por su parte, evoca sugestiónes de que "imagine que ve su programa favorito de T.V.", de relajación, pesadez, de respiración regular y profunda y de conciencia de la satisfacción que produce tal estado.

3. Técnica de la imaginería visual (Técnica del pizarrón): Esta modalidad apela principalmente al poder imaginativo del sujeto, el cual deberá visualizar mentalmente un pizarrón del aula del colegio al cual concurría e imaginar que escribe en él, los números del 1 al 10, de los que deberá borrar los números pares, momento a partir del cual, disminuirán las sensaciones de molestia (9).
4. Técnica de la apertura y cierre ocular: Procedimiento en el cual se indica a la persona que fije sus ojos en un punto situado un poco más arriba de la frente, sitio al que deberá, mirar mientras abre y cierra los ojos. Se logrará mayor relajación en la medida en que se produzca el cierre y la apertura del ojo.
5. Técnica del cierre ocular y la persistencia de imágenes: Aquí, se le solicita al sujeto que mire la lámpara ubicada delante de sus ojos. Se le sugiere que mientras el operador cuenta de 1 a 10, cierre los ojos durante cada número par, momento en el que "visualizará" la luz y se le instruye para que abra los ojos en los números impares y mire fijamente la luz. Cuando los ojos muestren signos de fatiga, mediante el pestañeo, se le induce a que mantenga los ojos abiertos, instrucción que tendrá dificultad en seguir, momento a partir del cual se dará la distensión de los números y se presentará la subsecuente sensación de bienestar.
6. Técnicas mecánicas: Se basan fundamentalmente en el hecho de que cualquier sonido repetido y monótono tiene tendencia a inducir la relajación. Ruidos de este tipo son los producidos por el tic-tac de un reloj de pulsera, de un manómetro o de un reloj de pared, los sonidos del corazón, etc. a los cuales se puede añadir la

instrucción de cierre y apertura ocular al compás con los ruidos o los latidos (9).

Estos métodos de control del dolor han tenido amplia difusión en los últimos años, por su efectividad. Su aplicación a las diferentes áreas de la medicina es cada vez mayor, ya que allí es muy frecuente la aparición del dolor. Su uso se ha extendido al manejo del dolor en cirugía y anestesiología (10) en obstetricia (11), en rehabilitación fisioterápica (12), en odontología (13) y en el control del stress cotidiano (8) entre otros.

Por tal razón se han convertido en formas alternativas al manejo farmacológico del dolor y constituyen un campo promisorio de investigación de la Psicología de la Salud, que pretende, junto con otras disciplinas, mejorar la calidad en el trato al paciente.

ABSTRACT

Sensorial and motivational determinants, adversive ans superior, associated to pain occurence which convert it in an alert signal, include a defense mechanism, an emotional expression of annoyance, as well as a vegetative component and the psychoaffective reception of all of these phenomena leading of suffering. Pain is a defined as a subjetive experience and as an objetive event leading to pain characterization, whose origen is an organic one and of the pain itself whose origen is psychogenic. Relaxation and suggestion are proposed as alternatives of proven effectiveness for the pharmacological man-

agement of pain. The main technics highlighted here are: Watkjins' progressive anesthesia, sense-imaginary ideation ocular close-opening, image presistence and mechanical procedures.

REFERENCIAS

1. MERANI, A. Historia clínica de la psicología. Barcelona: Grijalbo, 1982. pág. 91-102.
2. CASO, A. Fundamentos de psiquiatría. México: Limusa, 1982.
3. CASO, A. Lecciones de Neuroanatomía Humana. México: Universo, 1967.
4. BISHOP, G.H. Anatomical, physiological and psychological factors in sensation of pain. En: R. G. Grenell: Progress in neurobiology. Vol.5 psysiopathology, New York: Heuber, 1962.
5. RUCH, F. Psicología y vida. Buenos Aires: Trillas, 1981, pág. 279-282.
6. STERNBACH, R.A. Pain: A psychophysiological analysis. New York. Academic Press. 1968.
7. BERNSTEIN, D y BORKOVEC, T. Entrenamiento en relajación progresiva. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer. 2a. edición, 1986, pág. 13-16.
8. MUSE, M. Stress y Relax. Buenos Aires: IPPEM, 1983.
9. KROGER, W. Hipnosis clínica y experimental. Buenos Aires: Glem, 1985.
10. HARMER, M. J. Hipnoanestesia e hipoanalgesia. En: Springfield III, T. Cirugía, 1980. pág. 12-13.
11. READ. G. P. Parto sin dolor. New York: Harper y Bross, 1973. pág. 413-420.
12. DORWS, R.M. Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. New York: McGraw Hill, 1956. pág. 171-189.
13. FURNENX, W.D. Hipnosis experimental. New York: McMillan, 1976, pág. 320-321.