

Aspectos psicológicos del dolor

(Artículo presentado en las Jornadas Universitarias de Enfermería sobre «Perspectivas ante el dolor, la muerte y la eutanasia». Madrid, 1986.)

Gloria Novel Martí *

Resumen

Una sensación tan subjetiva y personal como el dolor ha sido objeto de numerosos estudios. El artículo que nos ocupa incide en los múltiples factores, individuales y colectivos, que lo condicionan. A partir de ahí, la autora repasa la visión de diferentes escuelas con respecto al dolor, analizando sus mecanismos, función y significado.

Por último, se explica como abordar un paciente con dolor, el trabajo que en este sentido puede realizar la Enfermería, y la importancia de la colaboración multidisciplinar en su tratamiento.

El dolor, históricamente, ha sido una entidad frecuentemente definida pero, por sus propias características, difícil de unificar en un concepto comúnmente aceptado por todos. Caracterizado por una sensación subjetiva y como tal difícil de cuantificar, se entendería el dolor como un síntoma producto de una enfermedad, lesión orgánica o, simplemente, como expresión de una situación conflictiva del paciente.

Vistas así las cosas caben, fundamentalmente, tres tipos de enfoque:

- El enfoque físico, o neuroanatomista, en el que el dolor es el producto de la interacción orgánica-lesional de la periferia que conduce sus «órdenes dolorosas» al sistema nervioso central.
- El enfoque psicológico, que considera al paciente como producto de la interacción de su personalidad, de sus valores sociales aprendidos y de su respuesta individual.
- El enfoque integrador, que pasa por considerar al paciente como producto de su funcionamiento psicosomático, entendiendo éste como el resultante de las relaciones entre: el modo de vivir, el modo de ser y el modo de actuar por un lado y las lesiones que en el propio soma del individuo toman carta de naturaleza y tienen entidad propia, por otro.

Pretendemos profundizar en este último, ya que los dos anteriores nos parecen absolutamente parciales, por descuidar aspectos fundamentales del individuo como persona, por una parte, y del individuo en tanto que una organicidad determinada, por otra.

Operaremos para ello con tres conceptos que son, a nuestro juicio, ilustrativos:

- Según Sternbach, el dolor es «un concepto abstracto que se refiere a una sensación personal y privada de daño; un estímulo nocivo que indica una amenaza de lesión a los tejidos, y un patrón de respuestas que operan para proteger el organismo de un daño psíquico o físico».
- Swerdlow apoya la idea de que el dolor no es una sensación, sino que se trata de una experiencia emocional desagradable.
- Para Wall, el dolor queda mejor definido como «el conocimiento de un estado de necesidad, más que como una sensación», ya que «el dolor señala la existencia de un estado corporal en el que debería iniciarse una recuperación y una mejoría».

Este último, para nosotros, es el representante integrador de las tendencias anteriores. Éstas, indican concepciones restringidas y, a nuestro juicio, alejadas de la realidad.

Antes de proseguir el artículo queremos dejar claros los siguientes concep-

* Jefe del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias de la Conducta. Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

tos, como puntos de partida del análisis posterior:

1) El dolor es un síntoma y en absoluto un signo físico. Por lo cual nos remite, siempre, a la información subjetiva que nos proporciona el propio paciente.

2) El dolor no puede ser estimulado «ex novo» por un esfuerzo de la imaginación del propio paciente. Por tanto, no existe el dolor imaginativo. El dolor siempre es real y en él incluimos el concepto de dolor psicógeno (psicógeno quiere decir generado psicológicamente, pero no irreal). Es importante por tanto que Enfermería considere siempre la realidad del dolor y no supuestas simulaciones.

3) No existe, necesariamente, una correlación cuantitativa entre la intensidad de la experiencia emocional dolorosa y la cantidad de lesión histica que supuestamente la provoca.

Tipos de dolor

Como el objetivo del presente trabajo va ligado a los aspectos psicológicos del dolor, vamos a referir, sólo esquemáticamente, los tipos de dolor descritos en la literatura científica:

Dolor agudo

Tiene por objeto la supresión y, quizás, la expulsión del agente nocivo, actuando como elemento de protección del organismo que lo padece.

El dolor agudo es siempre generador de ansiedad, y ésta persiste en función de las dimensiones temporales del paciente (pasado, presente y futuro).

Dolor crónico

El dolor crónico va siempre acompañado de alteraciones psíquicas concomitantes. Aparentemente no cumple ninguna función definida, sino que es parte de la enfermedad o la enfermedad misma, considerada globalmente.

Genera sentimientos de impotencia, desesperación y/o absurdidad.

Dolor psicógeno

Es un dolor sin base orgánica, o en el que ésta sólo sirve como desencadenante. Se produce en sujetos personalmente predispuestos que manifiestan reacciones exageradas a mínimos estímulos, o en aquellos en los que se desarrolla una somatización frecuente de conflictos intrapsíquicos o relacionales. Esto último es lo que se conoce como fenómeno de «magnificación» del dolor.

Se entiende el dolor como un síntoma producto de una enfermedad, lesión orgánica o, simplemente, como expresión de una situación conflictiva del paciente

Factores que influyen en la percepción y expresión del dolor

Existen múltiples factores, tanto de orden individual como colectivo, que influyen en la percepción así como en la expresión de la sensación dolorosa. Éstas van desde los puramente congénitos, y por tanto no ligados a la voluntariedad del sujeto, hasta los antropológicos o de pertenencia a un determinado grupo que, como tal, se expresa.

Podríamos resumirlos de la siguiente manera:

Factores ligados a la endogenidad del sujeto

Entre éstos encontramos la denominada «indiferencia congénita al dolor» y la «disminución congénita del umbral doloroso».

Se trata de los dos polos opuestos de la receptividad a las sensaciones dolorosas ligadas, en ambos casos, a factores congénitos no bien determinados pero que, sin duda, influyen decisivamente en la percepción, en un caso de forma nula, y en el otro exagerada, de los estímulos dolorosos.

Es conocida también la distinta sensibilidad álgica de pacientes psíquicamente muy deteriorados (oligofrénicos, pacientes demenciados y psicóticos altamente defectualizados), en los que existe un

umbral de captación dolorosa superior al promedio.

Factores ligados a la personalidad

La personalidad del paciente, considerada como producto de la interacción de la conformación de su propio Yo, más todos los factores interrelacionales que entran en juego y conforman el núcleo yóico definitivo, es determinante en la captación, y mucho más en la expresión, de la situación dolorosa.

El porqué y para qué del dolor va a jugar un papel de primer orden en la expresión del algia concreta.

Una personalidad pasivo-dependiente no reaccionará igual que una de matiz compulsivo o que otra básicamente histriónica o paranoide. La expresión de la sensación dolorosa vendrá ligada a la utilización que este individuo haga de la misma, y estará directamente relacionada con su modo de «ser y estar-en-el-mundo».

Las experiencias anteriores con respecto a situaciones dolorosas se incorporan a la personalidad configurando lo que, desde el punto de vista conductual, se llamaría aprendizaje por condicionamiento y, por tanto, determinarán sin duda un tipo de respuesta magnificada, disminuida, aumentada o normal con respecto a la situación presente. Experiencias traumáticas anteriores de gran intensidad determinarán, sin duda, niveles inferiores de tolerancia ante sensaciones dolorosas que, cuantitativamente, podrían ser consideradas como menores.

Factores ligados al medio ambiente

Dentro de éstos, cabe considerar como importantes:

1. Factores culturales y sociales:

La cultura en la que un individuo está inmerso desarrolla un comportamiento, individual y colectivo, que matiza la reacción ante el dolor. Desde la concepción del estoicismo como valor en sí mismo, pasando por la expresión de una gran exhibición pública del sufrimiento (cultura latina), hasta llegar a la exaltación de la bravura como resistencia y capacidad para soportar el dolor, todo es válido.

Recordemos, a este respecto, que determinadas sociedades tribales desarrollan ritos iniciáticos alrededor de la resistencia ante el dolor físico (danza del sol de los indios de América del Norte, rito de la suspensión con ganchos de los hindúes, etc.).

Asimismo, en otras sociedades (árabes) se estimula el plañiderismo, con gran profusión de «aparato psíquico», para expresar la sensación dolorosa.

En el mismo apartado, podemos considerar la influencia cultural en la percepción del dolor, que puede condicionar hasta tal punto, que el dolor de parto llegue a transferirse de la mujer al hombre, sintiendo este último los dolores como si fueran propios.

2. Factores educativos

La educación en sí misma y también como parte de la conformación del núcleo personal, es un factor de primer orden en la expresión e incluso en la percepción de la sensación dolorosa.

El cómo se viven estas experiencias en nuestro núcleo más inmediato (familia), va a conformar una respuesta, estereotipada en nosotros mismos. Existen familias que por dar una excesiva importancia o, por el contrario, ninguna a cualquier padecimiento, configuran un tipo de respuesta que se incorpora al proceso de socialización del niño.

La motivación religiosa constituye un factor de primer orden en el desarrollo de las actitudes estoico-finalistas de los individuos. El sufrir para trascender no tiene el mismo significado que el sufrimiento sin finalidad.

3. Factores diversos

Dentro de éstos consideraremos varios de ellos, unos ligados al modo de reacción propio (psicológicos) y otros a diversas posibilidades de focalización o dispersión de ese mismo sujeto.

Entre los primeros cobra especial importancia la emocionabilidad propia del paciente así como la que posea, acrecentada o disminuida por los acontecimientos, en el momento del padecimiento doloroso. Cabe incluir en este apartado la tendencia del individuo hacia la mayor o menor ansiedad, considerada ésta como trastorno cualitativo de la afectividad.

Hall y Stride (1954) constataron que la simple presencia de la palabra «dolor» conducía a los sujetos ansiosos a percibir dolorosamente una cierta intensidad de choque eléctrico; si no se incluía en las consignas que se les facilitaban esta palabra, la percepción del dolor era diferente. (La sola anticipación del término era suficiente para aumentar el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor percibido.)

Hill et al. demostraron que calmando la ansiedad (afirmando al sujeto que era capaz de controlar el estímulo generador del dolor), la percepción de un nivel dado de choque eléctrico era sensiblemente

Existen múltiples factores, tanto individuales como colectivos, que influyen en la percepción y en la expresión de la sensación dolorosa

menos doloroso que en un estado de fuerte ansiedad.

Todo ello nos conduce a considerar la ansiedad como mecanismo cuantitativamente importante en el mantenimiento de la sensación dolorosa e incluso en su propia génesis.

Entre los segundos, nos parece fundamental el considerar el vector atención-distraibilidad como posibilidad de aumento o disminución de la sensación álgica. Así un individuo con un mayor nivel de conciencia, en principio, polarizará más su atención en la sensación dolorosa, mientras que, a menor nivel de conciencia, es conocido que se debe aumentar la cantidad del estímulo para que éste sea percibido (a esto se dirige fundamentalmente la neuroleptoanalgesia).

En contra de la influencia amplificadora que ejerce la atención sobre el dolor, la presencia de la distracción puede reducirla o incluso abolirla. (Quizás esto puede explicar que los boxeadores y jugadores de fútbol, etc., soporten lesiones graves durante el juego.)

La constatación de la posibilidad de reducir el dolor por la creación voluntaria de una diversión o distracción (atención centrada en juegos, libros o películas interesantes), ha dado lugar a un remedio casero muy simple. Todo sujeto afecto de dolor crónico ha aprendido a concentrarse deliberadamente en actividades suficientemente absorbentes durante las cuales el dolor disminuye o desaparece. (El matemático Blas Pascal se sumergía en problemas matemáticos para distraer

de un grave dolor abdominal, posiblemente producido por un cáncer de estómago; Emanuel Kant, aquejado de fuertes dolores gástricos, era capaz de mitigarlos concentrándose en una idea, como por ejemplo el nombre de Cicerón y todas sus asociaciones. Decía que «de esta forma, me es posible distraer la atención y el dolor se mitiga pronto».)

Asimismo, un estudio sobre los efectos de la música ha demostrado que se aprende rápidamente a utilizar los influjos auditivos para calmar el dolor (Melzack, Weisz y Sprague, 1963).

La distraibilidad es, por tanto, un factor a tener presente en el cuidado de los pacientes afectados de patologías álgicas. Su correcta utilización puede evitar el abuso de terapéuticas farmacológicas.

Por otro lado, hay causas que pueden intervenir en el mantenimiento de la enfermedad dolorosa, como son:

a) Incertidumbre ante el futuro. El enfermo puede mantener su patología, de forma inconsciente, ante el desajuste personal, familiar y/o económico que supondría su vuelta a la normalidad. Consideremos que ciertas patologías se ponen en marcha en el mismo momento en el que se producen determinadas eventualidades: cambio de roles en la familia por la desaparición de un miembro de la misma, pérdida del puesto de trabajo, etcétera.

b) Asociación inconsciente del trino dolor-enfermedad-muerte, en detrimento del aumento de la sintomatología dolorosa.

c) Necesidad psicológica de dependencia: la enfermedad comporta siempre pautas regresivas de comportamiento por la minusvalía que produce. La enfermedad dolorosa acrecienta especialmente estas necesidades psicológicas de dependencia afectiva que, si en toda enfermedad son acompañantes, en aquella son especialmente manifiestas. La ganancia secundaria que conlleva, parece compensar y aliviar la sintomatología.

Mecanismo del dolor

Cabe hacer una distinción, de entrada.

En el dolor agudo, éste se asocia a la ansiedad que provoca en el sujeto que lo sufre, siendo aquella generadora de nuevo dolor en sí misma, con lo cual potencia el dolor primitivo, que produce de nuevo más ansiedad. La retroalimentación entre los dos factores se hace patente, con lo cual se produce un círculo vicioso de dolor-ansiedad-mayor dolor-mayor ansiedad, etc.

Al dolor crónico se añaden, como factores determinantes, la tensión emocional, el espasmo muscular, la constricción vascular, las alteraciones viscerales y la posible liberación de sustancias intermedias como mantenedoras de la sensación dolorosa.

Como vemos, los mecanismos del dolor tienen que ver con la organicidad del sujeto, con la personalidad del mismo y con la situación en la que este individuo se encuentra en el momento del padecimiento doloroso.

Función y significación del dolor

El dolor puede tener varias funciones:

- Contribuir a la supervivencia y autoconservación del individuo por medio de movimientos de retracción, posturas antiálgicas y evitación del contacto con situaciones de las que se tiene una experiencia dolorosa previa. (Niños que evitan el contacto con objetos con los que previamente han tenido una sensación de dolor, adopción de posturas de reposo en el adulto que tienden a recuperar más prontamente al individuo de la enfermedad que le aqueja, por ejemplo, en las fracturas.)
- En el dolor psicógeno, la función está destinada a mantener la homeostasis psicológica del sujeto, que no se podría conservar sin la presencia de la situación álgica. El dolor de este tipo sirve al sujeto para explicarse cosas de sí mismo, para establecer una relación con los demás, para ganar algo, para pedir ayuda, etc. Es decir, por medio del dolor de este tipo el paciente restablece su coherencia tanto interna como medioambiental.

Por otro lado, el dolor puede tener significaciones diversas en función o bien de la situación por la que esté pasando el sujeto, o bien del individuo mismo, de sus propias creencias, actitudes y modos de comportamiento.

Con respecto a la significación del dolor en cuanto a la situación del sujeto, existe una experiencia de Beecher (1959), llevada a cabo durante la 2.ª guerra mundial, en la que observó el comportamiento de los soldados heridos graves. Éste se sorprendió al constatar que uno de cada tres se quejaba suficientemente de dolor como para administrarles morfina, mientras que los otros no pedían nada para aliviarles el dolor. Beecher observó que aquéllos no estaban en estado de shock ni incapacitados para sentir dolor, ya que

La influencia cultural puede condicionar hasta tal punto, que el dolor de parto llegue a transferirse de la mujer al hombre

sí se quejaban de una extracción de sangre, por ejemplo.

Después de la guerra, Beecher siguió el estudio con un grupo de civiles operados de lesiones análogas; al preguntarles si querían morfina para aliviar el dolor, cuatro sobre cinco manifestaron tener intensos dolores y reclamaron una inyección.

A raíz de lo cual Beecher concluyó:

a) No hay relación directa y simple entre la lesión «per se» y el dolor percibido.

b) El dolor está determinado por otros factores y aquí la significación que tome la lesión es de gran importancia (en los soldados heridos la reacción se manifestaba por el alivio que suponía haber salido con vida del campo de batalla y el sentido o significación del dolor era evidente: la guerra había acabado para ellos, puesto que de momento estaban en el hospital, lejos del frente).

Con respecto a las propias creencias, actitudes y modos de comportamiento, el dolor puede tener una significación en sí mismo como fuente de obtención de placer (ciertas sensaciones dolorosas ligadas al acto sexual); o como intermediario para obtener una gratificación diferida (demanda de una intervención quirúrgica que supuestamente curará la enfermedad); también una significación de intermediario para una gratificación diferida pero, esta vez, a más largo plazo (ligado a la noción de trascendencia en los creyentes, que puede llevar hasta a aceptar situaciones dolorosas límites, como el martirio, en el que el inmolado acepta la

situación estoicamente casi sin expresar dolor. La autopunición constante de los fakires es un deseo de perfeccionamiento trascendente).

Cabe destacar en este apartado una patología que ha tomado carta de naturaleza propia y tiene un lugar en la clasificación internacional de enfermedades psíquicas (DSM III — *diagnostical and statistical manual of mental disorders*), denominada «propensión habitual a los accidentes». Se trata, en este caso, de individuos con una determinada personalidad que, en ciertos momentos, o siempre, expresan sus conflictos personales en forma de accidentabilidad repetida como mecanismo de castigo que produce sensaciones dolorosas, ante la imposibilidad de manejar sus problemas personales o relacionales.

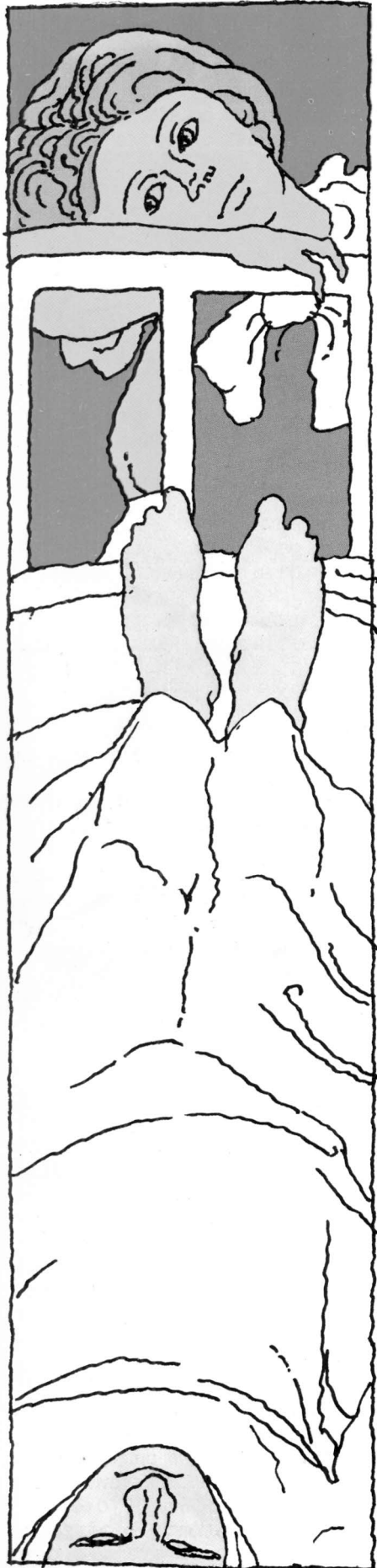
Asimismo, determinadas enfermedades psíquicas de tipo psicótico originan dolores generalizados o locales como expresión de su pérdida de contacto con la realidad (ideación delirante de perjuicio, delirios estructurados de envenenamiento, e ideación autorreferente en general, así como trastornos de la sensopercepción en forma de alucinaciones generalmente agresivas).

El dolor según las diferentes escuelas

Desde el punto de vista *analítico*, el dolor es considerado como el producto de la inadecuación cualitativa y/o cuantitativa de los mecanismos de defensa. Se ponen en funcionamiento, siempre, los más primarios (regresión, sublimación) para conseguir de esta forma una adaptación al medio que no se obtiene por otras vías.

Por otra parte el dolor en sí mismo comporta la adquisición de mecanismos regresivos, considerados éstos como una vuelta a estadios más primarios e infantiles de la personalidad del sujeto. Desde esta óptica, el dolor es también un «medio de expiación de culpas» que el individuo pone en juego cuando fallan los mecanismos psicológicos de compensación de su propia personalidad. Todo ello viene referido, analíticamente, a personalidades poco desarrolladas, inmaduras, y en definitiva neuróticas, las cuales utilizan estos mecanismos en forma cuantitativamente desproporcionada. En el fondo no es más que la detención de la personalidad en un estadio previo a lo que los analistas considerarían el Yo estable.

Desde el punto de vista *conductual*, el dolor no es más que una conducta pato-



lógica a extinguir y como tal se la contempla. Los mecanismos psicológicos que han propiciado la aparición de la misma, no tienen traducción behaviorista y, por tanto, no deben ser tratados. La conducta es, para la behavior therapy, el único problema y la aparición, en cualquier caso, del síntoma-sustitución será considerada una nueva conducta patológica y, por lo tanto, un nuevo problema a resolver.

Desde el punto de vista *cognitivo*, el dolor como síntoma deja de ser un fin en sí mismo, ya que estos autores consideran que la calidad e intensidad de la sensación álgica estará en relación con los pensamientos positivos-negativos que el individuo tenga alrededor de la misma. No sólo la conducta es un problema, sino que éste viene determinado, en la misma medida, por las expectativas que el individuo tenga tanto del dolor como de la utilidad y finalidad que tiene, a quién beneficia o perjudica y qué cambios puede producir en él. En el fondo, se trata de la traducción behaviorista de las teorías psicodinámicas. Es el inconsciente freudiano llevado al campo conductual; lo que sucede es que, cognitivamente, inconsciente es igual a funcionamiento del córtex.

En cuanto modelo de abordaje que se apoya en estos tres anteriores, básicos para cualquier comprensión, pero que, a su vez, destaca por la originalidad de sus planteamientos, recordamos el de Newman, etc., que define al dolor en relación a «siete modelos superpuestos» (v. cuadro en pág. siguiente).

El interés de este planteamiento radica tanto en originalidad como en el hecho de que el autor desarrolla, a partir de él, un programa terapéutico basado esquemáticamente en los siguientes puntos:

- terapéutica física,
- ejercicios graduales,
- biorretracción,
- entreno de relajación,
- psicoterapia,
- ensayos de comunicación,
- terapia asociada,
- terapia familiar.

Todo ello para estimular la autoayuda, utilizando a los pacientes que ya llevan un tiempo en el centro, como modelo para los nuevos (moldeamiento por imitación).

Abordaje del paciente con dolor

Para una buena aplicación de un Plan de Cuidados que contemple los distintos

Blas Pascal se sumergía en problemas matemáticos para distraer un grave dolor abdominal

La enfermedad dolorosa acrecienta las necesidades psicológicas de dependencia afectiva

aspectos del paciente con una sintomatología álgica de cualquier etiología, se ha de proceder, en principio, a una evaluación cuidadosa de los distintos aspectos que forman parte de su «sentimiento doloroso».

Una vez centrados los condicionamientos más inmediatos como son:

- sus antecedentes,
- su cultura de procedencia,
- el medio socio-familiar,
- su experiencia pasada,
- su situación actual en cuanto a generadora de emociones, ansiedades, expectativas, etc.

Pasaremos a exponer los factores que condicionan la *evaluación* de la situación álgica en el momento presente:

Siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería, en la evaluación de pacientes con dolor, lo prioritario es la entrevista simultánea a la observación y dirigir todo ello a la obtención de la máxima recogida de datos que nos permita planificar los cuidados de Enfermería. Habida cuenta de lo subjetivo de la sensación dolorosa, los datos deben constatar fidedignamente las impresiones del enfermo, ya que en ellas se basarán fundamentalmente nuestras actividades terapéuticas.

Dicha información deberá contener, como puntos fundamentales, los siguientes:

1) **Tipo de dolor** (el paciente puede describirlo como un cuchillo que corta, martillo que golpea la cabeza, etc.).

2) **Localización** (el paciente puede explicar dónde le duele, si es una zona concreta, si es más difusa, etc.).

3) **Intensidad** (relatividad de la intensidad, si el paciente lo soporta bien, si él cree que requiere calmantes para aguantarlo, etc.).

4) **Hora y duración** (cuándo se presenta, cuánto dura, si es intermitente, constante, si es más fuerte por la noche —por la focalización que existe en el componente doloroso por disminución de estímulos externos, etc.).

5) **Manifestaciones fisiológicas** (aumento de la T. A., palidez, sudoración, taquicardia, etc.).

6) **Expresión facial y postura** (si adopta posturas antiálgicas, si tiene expresión de sufrimiento, etc.).

Lo importante no es la idea que nosotros tenemos sobre el dolor que sufre el paciente, sino cómo lo percibe él mismo

**«En el miedo al dolor está todo el sufrimiento del mundo. Temer al dolor es un sufrimiento infinito...»
(Everly, L.)**

TIPOS DE DOLOR

1) Sensitivo

Realza el componente patofisiológico del dolor.

2) Psicodinámico

Conduce a la comprensión de la manera en la que los impulsos inconscientes pueden producir dolor, como en la histeria.

3) Activo

Se centra en la conducta ante el dolor que puede ser controlada por premios o castigos provisionales.

4) Económico

Señala que el dolor puede constituir una solución a un problema personal y, en este sentido, está relacionado con la vía psicodinámica.

5) Interpersonal

Conduce a la descripción del valor de la comunicación del dolor y de su efecto sobre los demás.

6) Cognoscitivo

Atrae la atención sobre los anhelos y esperanzas del paciente acerca de su salud y el significado de las experiencias dolorosas.

7) Psicofisiológico

Propone que el dolor crónico conduce a cambios psicológicos que provocan un empeoramiento de la experiencia dolorosa e incapacidad.

7) **Manifestaciones afectivas** (tensión emocional aumentada, irritabilidad, malhumor, etc., que puede conllevar sensibilidad excesiva a los estímulos del medio ambiente: ruido, luces brillantes, etcétera).

8) **Manifestaciones psicomotoras** (inquietud, agitación psicomotriz, inhibición, etc.).

9) **Manifestaciones de las conductas instintivas** (si descansa, si presenta insomnio y de qué tipo, si tiene apetito o no, etc.).

10) **Factores precipitantes del dolor:**

- movimientos que lo producen,
- actividades que lo generan o incrementan: comer, leer, etc.
- situaciones que lo aumentan o desencadenan: ruidos, luces, presencia o ausencia de visitas, etc.
- patologías psíquicas sobreañadidas: depresión previa,
- causas emocionales: miedo, ansiedad, temor, etc.

11) **Medidas que lo alivian:**

- reposo, aislamiento, privación de estímulos externos, etc.,
- determinadas posturas,
- expresión e intercambio de sus sentimientos o pensamientos,
- calor, frío, automasajes, etc.

Objetivos y actividades de enfermería

Ante todo debemos proponernos, prioritariamente, **el alivio del dolor** que, en función de la situación más o menos aguda del paciente, deberá ir dirigido a prestar una atención inmediata (caso de colapso, intervenciones quirúrgicas, pacientes neoplásicos, etc.), o bien deberá simultanearse con la búsqueda de causas concomitantes del dolor y sus posibles soluciones.

Los **objetivos** de las actividades de Enfermería van encaminados a:

- 1) Eliminar o disminuir el estímulo que origina el dolor.
- 2) Aliviar el dolor.
- 3) Ayudar al paciente a resistir el dolor.

Las **acciones de enfermería** irán encaminadas a la consecución de dichos objetivos para cubrir así las necesidades del paciente. Se establecerán, pues, las siguientes medidas:

1) Medidas para eliminar o disminuir los estímulos dolorosos

- ayudarle a cambiar de posición,
- ayudarle a mantener una buena alineación corporal,
- asegurarle alimentación adecuada,
- asegurar descanso y comodidad,
- administrarle masaje en las zonas del organismo proclives a la contractura muscular para, de este modo, eliminarla o prevenirla. Esta técnica es también útil para proporcionar descanso y relajación al paciente,
- establecer una relación terapéutica que proporcione seguridad al enfermo.

2) Medidas para aliviar el dolor

Existen distintos tipos de terapéuticas de competencia médica que nos vienen ya prescritas, como son los analgésicos, acupuntura, hipnosis, etc., que pueden actuar para el alivio inmediato del dolor o como facilitadores de acciones terapéuticas propias de Enfermería. Nos centraremos en estas últimas:

a) **Medidas psicológicas:**

- relajación, técnicas de sugestión,
- administración de placebos,
- facilitar elementos de distracción,
- cambiar la actitud personal hacia la experiencia dolorosa (alumbramiento natural),
- matener una adecuada interacción enfermera-paciente.

b) Medidas físicas:

- calor y frío de forma local, en baños terapéuticos, calor seco, fomentos, etc.,
- masajes: su efecto es similar al del calor: aumentando la circulación de la zona, acelera la eliminación de productos de desecho del metabolismo celular.

3) Medidas para ayudar al paciente a controlar el dolor

Cuando no se puede conseguir el total alivio del dolor, aún nos queda una posibilidad de ayudarlo: Podemos enseñarle técnicas de autocontrol para que, a su vez, él pueda manejar su dolor.

Experiencias de varios autores han demostrado que aquél perturba más cuando se tiene la impresión de no poderlo controlar (Bowers, Hokanson et al.). Por ello se considera que puede modificarse el grado de doloración dando a los sujetos «la impresión» de que pueden controlarla, aún en el caso de que no fuera cierto.

Está claro que el dolor postoperatorio se puede atenuar cuando se enseña a los pacientes como hacerle frente. En un estudio realizado sobre pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a los que se les informó de lo siguiente:

- que sentirían dolor,
- cuál sería su intensidad y duración,
- que éstos eran normales después de la intervención,
- cómo distenderse mediante técnicas de respiración y relajación,
- de la innecesidad de soportar el dolor hasta el último momento para evitar complicaciones: shock neurogénico, aconsejándoles reclamar medicación si sufría demasiado.

Los resultados revelaron que estos pacientes se quejaban menos y pedían menos analgésicos que los de un grupo de comparación que no habían recibido estas instrucciones (Egbert y cols. 1964).

Al principio se pensó que la información ya constituía por sí misma una preparación psicológica suficiente al reducir la incertidumbre y ansiedad asociadas a las grandes intervenciones quirúrgicas. En este caso, lo esencial era proporcionarles un elemento de control; a través de técnicas para ayudarles a afrontar el dolor y la angustia.

Informar exclusivamente sobre el dolor hubiera podido concentrar demasiado la atención en los aspectos negativos, mientras que la enseñanza de los medios de combatirlo alivió el sufrimiento. De esta forma la sensación de control facilitó la disminución de la ansiedad.

CONSIDERACIONES FINALES

1) Es importante que la Enfermería acepte cualquier expresión del dolor, entendiéndolo que forma parte de una cultura, tanto individual como colectiva, sin que ello signifique ningún tipo de prejuicio.

2) Los analgésicos alivian el dolor, pero hay otros medios que colaboran en ello, o incluso por sí mismos también pueden ser suficientes. Ésta es una posibilidad terapéutica nada desdeñable y digna de potenciar.

3) Lo importante no es la idea que nosotros tenemos sobre el dolor que sufre el paciente, sino cómo lo percibe él mismo.

4) Situaciones que para nosotros pueden resultar irrelevantes, para el paciente son generadoras de ansiedad y, por tanto, aumentan el dolor. Lo esencial no es la situación objetiva, sino cómo la vive el paciente (ej., después de una experiencia dolorosa es conveniente retirar las evidencias del procedimiento causante del dolor: bateas, etc.).

5) La verbalización de las sensaciones dolorosas es imprescindible, tanto para recoger información como para utilizarla como instrumento terapéutico en sí misma. Dentro de la relación terapéutica que establece Enfermería, este instrumento es de vital importancia para conocer las posibilidades de intercambio y establecer un plan de acción.

6) El miedo es un denominador común en los pacientes en general y específicamente en los que padecen dolor. Gran parte de él está provocado por la deshumanización y desinformación que el paciente sufre. Éste es un punto sobre el que la Enfermería, que está las 24 horas del día con el enfermo, puede y debe incidir.

A este respecto me parece ilustrativa la siguiente cita:

«A veces lo insoportable no es el dolor, sino el miedo a sufrirlo: un dolor preciso, una pérdida definida, hambre de algo que se conoce, es posible soportarlo. Pero en el miedo al dolor está todo el sufrimiento del mundo. Temer al dolor es sufrir un dolor infinito, puesto que uno supone que es insoportable. Para algunos pacientes el sufrimiento empieza antes que el dolor, con angustias y temores que son muchas veces más intensos que el mismo posible dolor» (Evely, L.).

7) Finalmente, sólo nos queda insistir sobre la importancia del trabajo en equipo, desde una óptica pluridisciplinar, para el abordaje del enfermo que sufre dolor.

En este sentido, la enfermera generalista dispone, además de psicólogos, psiquiatras, etc., de un profesional especialmente preparado en el campo de la Salud Mental, que es la enfermera psiquiátrica. Ésta le puede ayudar a establecer pautas de acción para prestar cuidados psicológicos o, en su caso, también psiquiátricos, completando así el Plan de Cuidados integral propio de Enfermería.

Una de las funciones propias de Enfermería consiste en prestar apoyo psicológico al paciente que sufre —en este caso concreto— dolor. Una forma de hacerlo se basa en:

- Saber cuál es su perspectiva (si espera gran dolor o no, si lo asocia a muerte, etcétera).
- Eliminar el miedo a lo desconocido, disminuyendo así su ansiedad.
- Capacitar al paciente a mantener una medida de control sobre la situación (fomentando su participación en la planificación de cuidados de Enfermería, ayudándole a encontrar un significado para su dolor, impulsando su autocuidado, enseñándole técnicas de autosu-

gestión, relajación, distracción, automasaje, etc.).

- Asegurar el mantenimiento de la relación terapéutica, en todas sus fases, que permita al paciente expresar sus miedos, inquietudes, ideas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- ERNESTO BUSTAMANTE: *El dolor*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
- R. MELZACK, P. D. WALL: *Le défi de la douleur*. Cheuilière et Stauke, Montreal. Maloine editeur, Paris, 1982.
- DU GAS: *Tratado de Enfermería práctica*. Interamericana, México D.F., 1983.