

Aportación del psicólogo dentro del Balneario en el tratamiento del Dolor Crónico

Paula OVEJERO⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio Médico del Balneario de Archena, Murcia, España
paulaove20@hotmail.com

Recibido: 01-02-17

Aceptado: 03-04-17

Resumen

El dolor es una sensación que ha acompañado al ser humano durante toda la historia, pero no fue hasta el año 2004 cuando se consideró el alivio de este, un derecho. El dolor es un factor esencial en la supervivencia ya que es un indicador de la existencia de alguna anomalía en el cuerpo, por lo que se debe iniciar un registro de conductas para solventar esa situación. El dolor crónico es aquel dolor que dura más de seis meses siendo una patología que está determinada por varios factores, estos están relacionados con el área física, psicológica y social. A diferencia del agudo, este no es un indicador de una nueva lesión, por lo que pierde una de las características fundamentales, la adaptación. Esto hace que la persona con esta patología limite su vida y se centre en ese dolor, por ello, es necesario que en el tratamiento de pacientes de dolor crónico, se cuente con un equipo multidisciplinar donde el papel del psicólogo al igual que el del médico o del fisioterapeuta, es esencial. Hay diferentes técnicas psicológicas por las que se puede tratar el dolor crónico pero las que han resultado más efectivas son las técnicas cognitivo-conductuales, a través de las cuales el paciente entiende, acepta y pone en marcha estrategias para disminuir ese dolor percibido y mejorar su calidad de vida. Estas técnicas no tienen como objetivo la desaparición de ese dolor, sino la disminución de este y que el paciente acepte vivir su vida a pesar del dolor.

Palabras clave: Dolor crónico, equipo multidisciplinar, psicología

Contribution of the psychologist inside the Spa in the treatment of Chronic Pain

Abstract

Pain is a sensation that has accompanied the human being throughout history, but it was not until the year 2004 when it was considered the relief of this, a right. Pain is an essential factor in survival and is an indicator of the existence of any abnormality in the body, so you must initiate a registry of behaviors to solve that situation. Chronic pain is that pain that lasts for more than six months and a pathology that is determined by several factors, these are related to the physical, psychological and social area. Unlike the acute, this is not an indicator of a new injury, so it loses one of the fundamental characteristics, the adaptation. This makes the person with this pathology limit their life and focus on that pain, therefore, it is

necessary that in the treatment of chronic pain patients, have a multidisciplinary team where the role of the psychologist as well as the doctor O of Physiotherapist, is essential. There are different psychological techniques by which chronic pain can be treated but the ones that have the most effective result are the cognitive-behavioral techniques, through which the patient understands, accepts and initiates strategies to decrease that perceived pain and Improve their quality of life These techniques are not aimed at the disappearance of that pain, but the reduction of this pain and that the patient agrees to live his life despite the pain.

Key words: Chronic pain, multidisciplinary team, psychology

REFERENCIA NORMALIZADA

Ovejero P. Aportación del psicólogo dentro del balneario en el tratamiento del dolor crónico. Bol Soc Esp Hidrol Med 2017; 32(2): 187-194. DOI: 10.23853/bsehm.2017.0407

EL DOLOR

El dolor, ya sea como síntoma o como patología, constituye uno de los principales y más inmediatos signos de alarma dentro de las disfunciones orgánicas y psicológicas, y hoy en día se considera como el primer motivo de demanda de atención de los pacientes hacia los profesionales¹.

En 1960 se creó la primera clínica multidisciplinar especializada en el tratamiento del dolor, fundada por John J. Bonica. No es hasta el 1980 cuando empiezan a aparecer múltiples trabajos e investigaciones abordando todos los aspectos que componen el dolor crónico como puede ser su origen, factores que le influyen, entre otros².

El dolor es una sensación que ha acompañado al ser humano durante toda su historia, la necesidad de buscar y encontrar formas de tratamiento y paliación del dolor ha sido uno de los principales objetivos de las investigaciones.

Según podemos observar en el artículo de Soriano et al.³, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió en 1994 el dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño...el dolor es siempre subjetivo”.

En 2004 se redactó la siguiente declaración acerca del dolor, “el alivio del dolor debería ser un derecho humano”. Esta declaración tomo tal importancia, que se publicó en la primera Campaña Global Contra el Dolor en Ginebra, por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Federación europea de Capítulos de la IASP y la OMS⁴.

EL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico es aquel que dura más de seis meses, que persiste después de una lesión causal, y carece en la mayoría de los casos de significación adaptativa, ya que no indica la existencia de una nueva lesión por lo que pierde su valor de alerta ante el que haya que buscar una explicación o tratamiento⁵.

Las principales diferencias entre el dolor agudo y el dolor crónico son, que el dolor agudo es puntual, actúa como identificador de riesgos y amenazas y además es adaptativo, al contrario que las características principales del dolor crónico. La distinción entre ambos tipos de dolor es muy importante ya que el dolor crónico es el resultado de un dolor agudo que tiene su origen en una lesión⁶, por lo tanto, puede existir una justificación médica pero los síntomas persisten más tiempo del debido⁵.

Los comportamientos con lo que se afronta un dolor agudo son ineficaces en el dolor crónico, la evitación temporal de la actividad física y social, la utilización de fármacos pueden introducir al paciente en un círculo que tiene como resultado la cronificación del dolor, el aumento del sufrimiento, la discapacidad y el aislamiento⁷.

El dolor crónico es un problema multifactorial, no exclusivamente físico. Está determinado por 3 factores fundamentales, el psicológico, el físico y el social, esto hace que sea necesaria su comprensión y evaluación para intentar el tratamiento más completo del mismo⁸. Además este dolor se caracteriza por ser una experiencia personal y única. Es de carácter subjetivo y su expresión está muy determinada por la cultura a la que pertenece el sujeto, cada grupo social tendrá una manera de expresar el dolor y de comportarse ante él⁹.

El malestar ocasionado por este dolor, es la causa más frecuente de incapacidad crónica y determina que los afectados busquen atención por parte de las instituciones médicas y de la sociedad. Aproximadamente el 14 % de los afectados por esta patología, restringen sus actividades de la vida diaria y el 9,3 % limita sus actividades mayores como el ir al trabajo o llevar una vida independiente¹⁰. En el dolor crónico suelen estar presentes otras patologías como son la depresión concomitante, trastornos del sueño, fatiga y una disminución en general de sus actividades físicas¹¹.

En el estudio ITACA, se reflejó que el 29,6 % de la población española no hospitalizada padecía algún tipo de dolor y que el 17,6 % de esa población sufría dolor crónico. Estos pacientes presentaban, en la mayoría de casos, dolor lumbar. Estos pacientes generalmente eran de sexo femenino y de edades comprendidas entre los 55 y los 70 años, además, presentaban sobrepeso y vivían en familias en zonas urbanas¹².

Existe una serie de factores que acompañan al dolor crónico¹³:

- Físicos: movilidad reducida, pérdida del apetito...
- Biológicos: determinan su intensidad, duración y localización.

- Psicológicos: relacionados con su respuesta de afrontamiento y ajuste, y producirse ansiedad, depresión, estrés, fatiga...
- Sociales: aislamiento, sentimiento de soledad y exclusión.

Estos factores hacen que el paciente inicie la “conducta de búsqueda de atención” o “conducta de enfermedad” para que se pueda poner una solución a la situación desagradable en la que están¹.

Los pacientes de dolor crónico suelen tener una serie de características como es una baja percepción de autoeficacia, locus de control externo y el uso de estrategias de afrontamiento pasivo están relacionadas con una menor tolerancia al dolor, una mayor frecuencia del mismo y un peor funcionamiento en general⁷.

En los enfermos de dolor crónico el neuroticismo está relacionado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas, más valoraciones de vigilancia del dolor y catastrofistas. Las puntuaciones altas en extraversión, en estos pacientes manifiestan mayores conductas de dolor en sus hogares y ante personal sanitario específico, pero indican que ese dolor no influye de manera significativa en sus vidas. El optimismo está íntimamente relacionado con una mejor adaptación a las situaciones de dolor³.

Independientemente de las técnicas y tratamientos que se lleven a cabo para minimizar o paliar los efectos de este dolor, siempre que se inicie el abordaje de esta patología hay que tener en cuenta una serie de factores de riesgo y pronóstico. Estos factores están relacionados con aspectos ambientales, temperamentales y otra serie de variables que puedan modificar su curso¹⁴: *Temperamentales*, neuroticismo como factor independiente de riesgo y que está relacionado con un mayor número de síntomas somáticos como la ansiedad y depresión de manera comórbida; *Ambientales*, este trastorno es más frecuente en individuos con pocos años de educación y bajo estatus socio-económico y en personas que han sufrido sucesos vitales estresantes.

Con respecto a los modificadores de curso, se pueden encontrar que hay un mayor prevalencia de este trastorno en mujeres, en personas con pocos años de educación, bajo estatus socio-económico y desempleo, personas que han sufrido abusos en la niñez, que han padecido una enfermedad física o psiquiátrica recurrente. También existen una serie de factores cognitivos que influyen en el transcurso de esta patología como son una gran sensibilidad al dolor, amplificación de la atención de las sensaciones corporales y la atribución de esos síntomas corporales a una posibles afección médica¹⁴.

TRATAMIENTOS PARA EL DOLOR CRÓNICO

Existen diversas formas de actuar sobre el dolor crónico, todo depende del origen del mismo, estos tratamientos pueden ser: farmacológicos, psicológicos, técnicas fisioterápicas o de rehabilitación y en como último caso, la cirugía¹¹. Debido a

la gran complejidad de este trastorno, es necesario un abordaje multidisciplinar en el que intervengan varios profesionales de la salud¹⁵.

En el tratamiento farmacológico lo más utilizado son los Aines, corticoides, analgésicos, antidepresivos tricíclicos, entre otros¹¹.

En cuanto al tratamiento psicológico, el más efectivo y donde se han obtenido los resultados más satisfactorios son en las intervenciones cognitivo-conductuales, debido a que le proporcionan al paciente una parte informativa acerca del dolor, lo que le permite poder aplicar estrategias de afrontamiento y poder prevenir las recaídas⁷.

El objetivo de los tratamientos no es eliminar el dolor, sino reducir la sensación de este y minimizar la repercusión de este, en la vida diaria de los pacientes¹¹.

El dolor crónico, como se ha expuesto anteriormente, es un proceso complejo en el que los factores psicológicos son de gran importancia, por ello es necesaria una intervención psicológica precoz para intentar evitar la cronificación de este. Actualmente estas actuaciones están reconocidas dentro de los tratamientos del dolor crónico¹⁶.

Las técnicas que más se utilizan para intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudar a la paliación del dolor crónico son las siguientes⁷: *Técnicas de relajación*, como la técnica de relajación progresiva de Jacobson o la respiración profunda para poder estabilizar la situación que está determinada por un círculo de dolor-tensión-dolor; *Técnicas de biofeedback*; *Técnicas operantes*, dan explicación al mantenimiento de las conductas de dolor por medio de reforzamiento positivo y negativo, lo que conlleva la cronificación del dolor y al aumento de la incapacidad. Estas técnicas utilizan la removilización y la rehabilitación funcional; *Otras intervenciones cognitivas*, distracción, desvío de atención, imaginación...; *Hipnosis*; *Terapia de aceptación y compromiso*.

Las técnicas fisioterápicas o rehabilitadoras se aplican cuando el dolor crónico está relacionado con procesos específicos del aparato locomotor y la cirugía en casos muy extremos y concretos.

Otra intervención que se está empezando a utilizar actualmente son las intervenciones asistidas con animales. Con este tipo de pacientes las más empleadas son las terapias asistidas con perros. Estas intervenciones se pueden incluir en cualquier tratamiento ya sea fisioterápico, psicológico o médico, todo dependerá del tipo de paciente¹⁷.

Este tipo de intervenciones tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumentar la sensación de control tanto de su vida, como de su dolor percibido¹⁸.

Estas intervenciones hacen que se facilite la adhesión al tratamiento y que aumente la complicidad entre profesional y el paciente¹⁹.

LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia es una enfermedad reumática que causa dolores musculares y fatiga. Las personas que lo padecen tienen dolor músculo-esquelético difuso y crónico, además de presentar múltiples puntos dolorosos a la presión²⁰.

No fue hasta 1992 cuando la Organización Mundial de la Salud la reconoció como una enfermedad. Actualmente en nuestro país, la incidencia de esta patología es de 2,4% población adulta y la padecen más mujeres que hombres²¹.

Algunas de las características de este síndrome son la cronicidad y la incapacidad que provoca en la vida de los pacientes, provoca gastos indirectos como el absentismo laboral y más directo como el coste en la sanidad pública. Se estima que cada persona enferma de fibromialgia genera un gasto de 10.000 euros al año, lo que se traduce en 11.000 millones de euros al año en toda España²².

Tanto la etiología como la fisiopatología de la fibromialgia es desconocida, aunque está influida por muchos factores como trastornos del sueño, alteraciones musculares, enfermedades psiquiátricas, factores inmunológicos, causas endocrinológicas y por disfunciones neurohormonales, la influencia de todos estos factores hace que sea difícil establecer una relaciones de causalidad²⁰.

A pesar de esto, el origen, el desarrollo y el mantenimiento de esta patología está influenciada por factores biopsicosociales.

En cuanto al tratamiento de esta, dada la complejidad clínica de esta y de los pacientes, lo que más eficacia ha mostrado ha sido la combinación entre el tratamiento farmacológico y otras modalidades como las intervenciones cognitivo-conductuales, el ejercicio físico controlado y la terapia ocupacional²¹.

El gran desconocimiento sobre esta enfermedad genera malestar en el entorno familiar, social e incluso sanitario todo esto provoca una baja autoestima, frustración y ansiedad en las personas que padecen esta enfermedad lo que conlleva a una disminución de su calidad de vida²³.

Debido a todo lo expuesto anteriormente, es necesario el trabajo en conjunto de un equipo multidisciplinar en el que se encuentren distintas figuras como la de los médicos, dietistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros.

BIBLIOGRAFIA

1. Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública de México* 2008;50(2):147-154.
2. Loeser JD, John J. Bonica 1917-1994. Emma B. Bonica 1915-1994. *Pain*. 1994;59(1):1-3.
3. Soriano J, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología* 2005; 85:91-107.

4. Kopf A, Patel N. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Washington: IASP, 2010.
5. Vallejo MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Rev Iber de Psicom* 2014;110:75-78.
6. López A, Iturralde F, Clerencia M, Galindo J. Dolor. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes (1ªed). Madrid: International Marketing & Communication SA, 2006: 722-731.
7. Carrillo L, Fernández MN, Clariana S, de los Ríos P. Dolor crónico disfuncional. En: *Psicología de la salud*. Madrid: CEDE, 2016: 98-116.
8. Melzack R, Wall P. Pain Mechanisms: A new theory. *Science* 1965;150(19):971-979.
9. McCarberg B, Billington R. Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated cost. *The American Journal of Managed Care* 2006;12(9): 263-268.
10. Bennett K, Cardiel M, Ferraz M, Riedemann P, Goldsmith C, Tugwell P. Community screening for rheumatic disorder: cross cultural adaptation and screening characteristics of the COPCORD Core Questionnaire in Brazil, Chile and Mexico. The PANLAR-COPCORD Working Group. Pan American League of Associations for Rheumatology. Community Oriented Programme for the Control of Rheumatic Disease. *J Rheumatol* 1997; 24(1):160-168.
11. Jiménez S. Investigación de la Epidemiología del Dolor en España mediante el uso de encuestas poblacionales. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. 2011.
12. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2004;11(5):260-269.
13. Becker N, Bondegaard A, Korneluis A, Sjøgren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;7(3):393-400.
14. Muñoz JJ, Santos JL, Hernáiz L. Trastornos somatomorfos y/o Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En: *Psicología Clínica* (vol. 2). Madrid: CEDE, 2016:517-546.
15. Ruvalcaba G, Domínguez B. La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y salud* 2009;19(2):247-252.
16. González M. Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2014;25(4):610-617.
17. Pedrosa S, Aguado D, Canfrán J, Torres J, Miró J. La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2017;24(1):11-18.

18. Marcus D, Bernstein C, Constantin J, Kunke F, Breuer P, Hanlon R. Animal-assisted therapy at an outpatient pain management clinic. *Pain Medicine* 2012;13(1):45-57.
19. Wilkes J. *The Role of Companion Animals in Counseling and Psychology: Discovering Their Use in the Therapeutic Process*. Springfield PA: Charles C Thomas Publisher, 2009.
20. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona M.J, de Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11(7):50-63.
21. Ubago MC, Ruiz I, Bermejo MJ, Olry A, Plazaola J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005;79(6):683-695.
22. Rivera J. La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año. Dolor en prensa. *Rev Soc Esp Dolor* 2009;16(7):417-418.
23. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11(6):353-359.