

# Aproximación Psicológica al Dolor Postoperatorio

Lic. Maite Herrera Gómez\*

Herrera Gómez, Maite. Aproximación Psicológica al Dolor Postoperatorio. Centro Médico. 1992; 38:71-73.

## Resumen

El dolor es un fenómeno complejo, multidimensional, que no resulta susceptible de ser entendido por explicaciones simplistas de corte biológico o psicológico. Las dimensiones del dolor no pueden considerarse de forma aislada, sino una en función de las otras, tanto es así que con frecuencia la alteración emocional cierra un círculo vicioso con la intensidad del dolor percibido. También existe una estrecha relación entre el dolor percibido y la recuperación postoperatoria. Se hace viable por lo tanto, la utilización de métodos psicológicos, no sólo para el diagnóstico sino también para complementar el tratamiento del dolor; existen algunos que han demostrado ser lo suficientemente objetivos, confiables y válidos para ser incluidos dentro de los programas ideados a este fin dentro del marco hospitalario.

## Abstract

The intensity of pain depends greatly on each individual, and is a multidimensional complex not explainable by biological or psychological reasons. There is a tight relation between postoperative pain and recovery. Therefore psychological measures for diagnosis and treatment of pain are of utmost importance.

## Palabras Claves

Dolor, postoperatorio, psicología.

“El dolor es la queja más común por la que consulta al médico” (Covino, 1.991).

Este ha sido tradicionalmente considerado como exclusivamente pertinente al campo de estudio de la Medicina al conceptualarlo como “una Sensación producida por estimulación nociva” (Dwarakanath, 1.991); un fenómeno biológico y fisiológico, que por tanto debía poder ser medido como tal, a partir de diversos indicadores objetivos, y en consecuencia podía ser tratado a través de métodos terapéuticos de corte médico.

Es sólo mucho después cuando se comienza a reconocer que el dolor posee un componente psicológico o emocional importante, además de biológico. Bajo esta concepción el dolor es una percepción subjetiva, fenomenológica del paciente y que por tanto, puede incluirse también dentro del campo de estudio de la Psicología, al igual que se hace con el estudio de otras emociones.

“El dolor es la conciencia del sufrimiento, el conocimiento individual y único que tiene la persona durante los estímulos nocivos” (Meliá y Gómez, 1.984).

Las explicaciones o modelos biológicos del dolor, a mi juicio, no consiguen explicar de forma satisfactoria una serie de resultados paradójicos acerca de este fenómeno, como lo son el hecho de que pacientes que poseen una misma lesión tengan manifestaciones de dolor percibido muy diferentes, así como otros que no presentan ninguna y sin embargo se quejan de sentirlo, o en el caso contrario, cuando con lesiones importantes que justificarían las quejas, no aparece manifestación de dolor alguno o al menos del esperado. Todo lo cual parece indicar que el dolor es un fenómeno bastante complejo y cuya aproximación más efectiva probablemente resulte ser aquella que lo considere en todas sus dimensiones.

Por su parte, Melzack y Casey proponen un modelo multidimensional del dolor, en función de tres dimensiones básicas, a saber: Dimensión Sensorial-Discriminativa, Dimensión Motivacional-Afectiva y Dimensión Cognitivo-Evaluativa. Dicho modelo ha sido acogido por muchos autores, ya que entre otras cosas parece ser capaz de dar una mejor explicación a las respuestas paradójicas antes mencionadas.

La Dimensión Sensorial-Discriminativa se refiere a la percepción del paciente de las características del dolor como la intensidad, frecuencia, duración y localización del mismo. Es la dimensión que permite la aproximación cuantitativa más objetiva, ya que resulta viable la obtención de valores e indicadores válidos y confiables, no dependientes de la subjetividad del observador y del reporte verbal del paciente.

Por otra parte, la Dimensión Motivacional-Afectiva le permite al paciente caracterizar al dolor como desagradable y aversivo,

(\*) Dpto. Anestesia - C.M.C.

dando origen a una serie de respuestas emocionales como ansiedad, miedo, depresión, lo cual a su vez motiva comportamientos por lo general evitativos de esta circunstancia desagradable.

Por último, la Dimensión Cognitivo-Evaluativa se refiere al significado individual que para cada paciente posee el dolor. Diferencias individuales que sin duda están íntimamente relacionadas con experiencias tempranas, historia de hospitalizaciones y cirugía, manejo familiar de la enfermedad y el dolor, factores de personalidad, cantidad y calidad de información que el sujeto posea, así como creencias, costumbres y valores religiosos, culturales y sociales acerca del mismo.

Las dimensiones del dolor antes mencionadas, se interrelacionan íntimamente y no pueden ser entendidas de forma aislada, sino una en función de las otras. En dicha interrelación encontramos con frecuencia pacientes en los que su alteración emocional pareciera cerrar un círculo vicioso con la intensidad del dolor percibido.

Niveles suficientemente altos de ansiedad, miedo provocan diversas alteraciones como tensión muscular, vasoconstricción, taquicardia, trastornos gastrointestinales, entre otros, todo lo cual incrementa el stress por el dolor percibido, lo que de nuevo mantiene o aumenta dichas alteraciones y por ende el dolor. Al punto que resulta analógico al cuento de ¿qué vino primero el huevo o la gallina? ¿el dolor es causa o es efecto de la alteración emocional y la tensión muscular?

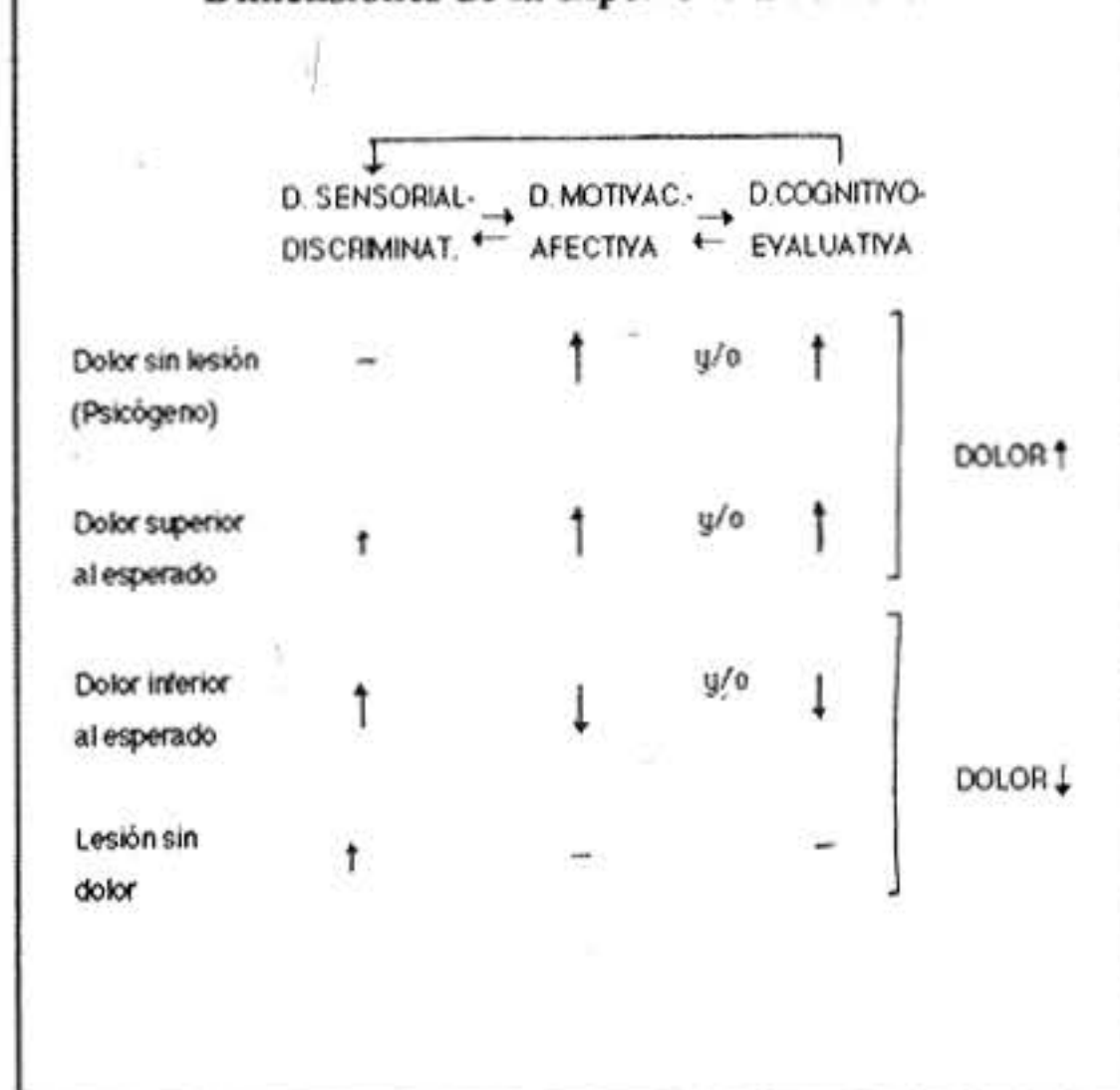
En el cuadro N° 1 pueden verse las diferentes posibilidades de dolor reportado: cuando no existe causa orgánica que lo sustente, cuando resulta mayor o menor a lo esperado, o no existe reporte de dolor alguno. Se observa del mismo modo, como en todos los casos, hay una contribución diferencial de cada una de las dimensiones antes expuestas, lo cual determina el producto perceptivo final. Las flechas ascendentes indican cómo los factores de esa dimensión actúan en el sentido de incrementar el dolor percibido, mientras que las descendentes indican el efecto contrario, es decir, el decremento de dicha percepción.

Resulta obligante destacar el común denominador de los casos en los que el dolor percibido por el paciente es superior al esperado, llegando incluso al reporte sin una causa orgánica que lo sustente. Este común denominador es la contribución ascendente de las Dimensiones Afectiva y Cognitiva, en contraposición a la contribución descendente de estas mismas dimensiones en los casos en los que el reporte de dolor es inferior al esperado o no existe percepción alguna de dolor aún en presencia de una causa orgánica identificable.

"El control efectivo del dolor no sólo provee al paciente confort sino que también decrece la incidencia de complicaciones postoperatorias" (Ann. Thoracic Surgery; Faber, 1.990).

Además de porque resulta el motivo de consulta más común, es importante controlar el dolor percibido por el paciente, ya que de lo contrario, se verían aumentadas las probabilidades de que el mismo sufriese de complicaciones que incidirían en la cantidad de tiempo y calidad de la recuperación postoperatoria. Resulta entonces imperativo, encontrar Métodos de diagnóstico y tratamiento que logren una aproximación multidimensional del dolor y que sean objetivos, confiables, válidos, y sobre todo

**CUADRO N° 1**  
Dimensiones de la experiencia de dolor



**CUADRO N° 2**

**Métodos de diagnóstico multidimensional del dolor**

**Dimensión Sensorial - Discriminativa:**

- Intensidad *Medidas objetivas:*  
 Frecuencia -Endorfinas y encefalinas  
 Duración -Serotonina  
 Localización -Frec. cardíaca y presión arterial  
 -Resistencia eléctrica de la piel  
 -Termografía  
*Medidas Subjetivas:*  
 -Cuestionario de Mc Gill  
 -Escala subjetiva (verbal, N°, visual-analog.).

**Dimensión Motivacional - Afectiva:**

- Ansiedad *Medidas subjetivas:*  
 Miedo -Entrevista personal  
 Depresión -Cuestionario de Mc Gill  
 -State-Trait Anxiety Test (Sielberger)  
 -Zung Self-Rating Depression Scale  
 -Beck Depression Inventory

**Dimensión Cognitivo - Evaluativa:**

- Historia personal *Medidas subjetivas:*  
 Personalidad -Entrevista personal  
 Religión -Cuestionario de Mc Gill  
 Var. Culturales, -M.M.P.I.  
 Sociales -Rorschach  
 -T.A.T.

prácticos en su aplicación dentro del marco hospitalario.

Como se dijo anteriormente, es a partir de la Dimensión Sensorial que se logra la aproximación más científica y objetiva del fenómeno del dolor, al considerar los diversos indicadores de cambios corporales y bioquímicos mensurables que ocurren durante el mismo.

Por otra parte, en el caso de las dimensiones Afectiva y Cognitiva, Covino (1.991) en una revisión reciente de trabajos experimentales en el área de dolor, enumera una serie de instrumentos psicológicos que han resultado ser los que en su opinión logran aproximarse al dolor de forma más afectiva y objetiva.

Siguiendo el modelo multidimensional del dolor antes expuesto, dichos métodos han sido agrupados de una forma distinta a la propuesta por dicho autor (como objetivos y proyectivos), en base a las correspondencia entre las funciones de cada dimensión y los factores que miden cada una de estas pruebas.

Este autor es de la opinión de que los métodos psicológicos que él considera en la aproximación al dolor, no sólo pueden complementar el diagnóstico realizado, sino que también pueden influir en las intervenciones terapéuticas y dan indicación del progreso o mejoría del paciente durante el tratamiento.

Ahora, ¿cómo hacer, desde el punto de vista psicológico, para colaborar en el tratamiento del dolor postoperatorio?, ¿cómo hacer para que el círculo vicioso entre estado emocional y dolor no se cierre, es decir, para que las dimensiones afectiva y cognitiva no incrementen el dolor en demasía, es decir, para facilitar que el paciente pueda utilizar sus recursos personales o potencialidades con la menor interferencia emocional posible?

Existen multiplicidad de métodos o instrumentos psicológicos que a este fin pueden ser implementados por los hospitales en sus programas de atención a los pacientes quirúrgicos tanto en el pre como en el postoperatorio.

	Información	Contacto Personal	Participación
•Folletos	✓		
•Audiovisuales	✓		
•Sesiones preop. Preanestésicas	✓	✓	✓
•Visitas-sesiones Postoperatorias	✓	✓	✓

Cada uno de ellos con sus ventajas y desventajas, potencialidades y limitaciones, costos y beneficios, pero, en todos los casos con objetivos bien claros en relación a su intención y alcance. Cabe suponer, luego de haber analizado lo importante que resultan los factores personales, culturales, sociales así como lo intrincado de la relación entre emocionalidad y dolor, que existirán pacientes cuyos patrones rígidos de conducta y nivel de alteración emocional trascienda el alcance u objetivos de este tipo de terapia de urgencia o intervención en crisis. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes quirúrgicos, tanto pediátricos

como adolescente y adultos, obtienen beneficios considerables de este tipo de programas preventivos breves de atención psicológica, al recibir información, apoyo emocional y la oportunidad de participar de forma activa en su experiencia quirúrgica (Peterson y Shigetomi, 1.981; Twardosz y col., 1.986; Wallace, 1.987; Edwinson y col, 1.988).

**BIBLIOGRAFIA**

Andrews, D. Diagnostic Measurements: Understanding pain, en A. Warfield (comp). Manual of Pain Management. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.

Bellak, L. y Siegel, H. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial Manual Moderno, México, 1.986.

Covino, N. Psychologic Testing: Understanding pain, en A. Warfiel (comp). Manual of Pain Management. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.

Dwarakanath, G. Pathophysiology of pain, en A. Warfield (comp).) Manual of Pain Management. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.

Faber. Continuos Epidural Hydromorphone for postthoracotomy pain relief, Ann. Thoracic Surgery, 50, 862, 1.990.

Edwinson, M. y col. Psychologic preparation program for children. Pediatrics, 82 (1), 30-36, 1.988.

Herrera, M. Relación entre Clima Familiar y Ansiedad Preoperatoria en niños de Edad Escolar. Tesis U.c.A.B., 1.989.

Martínez-Urrutia, A. Anxiety and pain in surgical patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 437-442, 1.975.

Melia, J. y Gómez, F. Hacia una comprensión de la relación médico-paciente con dolor. Psicoanálisis. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis. 1, 285-300, 1.984.

Twardosz, S y col. A comparison of three methods of preparing children for surgery. Benavior Therapy. 12, 14-25, 1.986.

Vallejo Pareja, M. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1,3, 1.983.

Wallace, L. Communication variables in the design of pre-surgical preparatory information. British J. of Clinical Psychology, 26, 73-74, 1.986.

Warfield, A. Introduction and History of Pain Relief, en A. Warfield (comp.). Manual of Pain Management. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.

Warfield, A y Stein, J. P. Psychologic factor: Understandin pain, en A. Warfield 9comp.) Manual of Pain Management J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.

Whittaker, O. Pain Measurement, en A. Warfiel (comp.) Manual of Pain Management J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1.991.