

Dolor Crónico, Pensamientos y Emociones

Rehabilitación y Dolor

Resumen:

El dolor crónico se define como una percepción dolorosa mantenida más allá del tiempo de curación de los tejidos. Dentro de los mecanismos de procesamiento del dolor, se encuentran en constante interacción centros cerebrales relacionados con los procesos de cognición y con las emociones. Pensamientos erróneos, falsas creencias, miedo al movimiento o la falta de afrontamiento ante el dolor son ejemplos de factores psicosociales que van a influir tanto en la percepción del mismo como en el proceso de recuperación. Es por ello que se antoja crítico evaluarlos y abordarlos para maximizar el éxito terapéutico en personas con dolor mantenido.

El dolor crónico se define como una sensación dolorosa que persiste más de tres meses y que puede o no estar asociado con algún traumatismo o enfermedad. En los casos en los que ha habido una lesión inicial, aunque esta haya cicatrizado puede permanecer el dolor generado por esa lesión. Las condiciones de dolor crónico se caracterizan por tener un gran impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes produciendo discapacidad, depresión y ansiedad, disminución de la concentración etc..., que puede, en muchos casos, conducir a bajas laborales por enfermedad.

Ejemplo: me pincho en la planta del pie con un clavo y el estímulo dañino es la herida que produce el clavo y me genera un dolor. Cuando se produce un dolor crónico, es porque después de mucho tiempo (más de tres meses) cuando ya no tengo herida ni hay clavo que esté generando esa herida sigo notando dolor en la zona.

El psicólogo David Gillanders, encargado del servicio de dolor crónico de la Universidad de Edimburgo en el Reino Unido, es uno de los profesionales dedicados a trabajar e investigar sobre los procesos de dolor crónico, cuyas investigaciones han obtenido datos relevantes para el tratamiento de estos pacientes. Se ha visto que muchas regiones y conexiones del cerebro encargadas de procesar la información de dolor participan también en tareas cognitivas y sensoriales. Por tanto, parece que pueda existir una relación entre la aparición de ciertos factores emocionales y cognitivos, y el tiempo que se mantiene el dolor. Dentro de estos factores emocionales y cognitivos que aparecen en los procesos de dolor crónico es común encontrar:

- Percepciones erróneas del propio dolor. Ejemplo: el dolor no depende de mí, es un profesional sanitario el que me lo va a quitar sin tener que hacer nada yo.

- Miedo al movimiento. Ejemplo: me hago daño al agacharme y pienso que si me muevo y vuelvo a agacharme me va a aparecer el dolor, por lo que opto por evitarlo y así no tener que soportar el dolor que me produjo ese movimiento.

- Sensación de impotencia respecto a ese dolor. Ejemplo: pienso que no voy a poder hacer nada para que el dolor se quite, y no puedo controlarlo.

- Mala aceptación de la situación. Ejemplo: no acepto ni me hago consciente de la situación. No comprendo por qué me ha ocurrido algo así. Tengo un problema o un dolor y no tengo disposición para solucionarlo o no acepto que tenga que tener dolor más tiempo y que vaya a tener que convivir con algo de dolor.

- Pensamientos que tienden a exagerar las situaciones de dolor y aferrarse a los peores escenarios posibles, es decir, pensamientos catastrofistas. Ejemplo: tener un lunar en la piel y empezar a pensar que se trata de un tumor maligno y que no vamos a poder curarnos.



“Muchas regiones y conexiones del cerebro encargadas de procesar la información de dolor participan también en tareas cognitivas y sensoriales”

Todos estos factores psicológicos pueden agravar o reducir el dolor que refieren los pacientes en función de cómo sean capaces de controlarlos. El dolor crónico produce alteraciones tanto físicas (un movimiento limitado, limitación de las actividades diarias...) como emocionales (impotencia, tristeza, sentirse inútil, sentirse diferente a los demás, pérdida de aficiones...). En función de la forma en la que la persona representa y evalúa cómo es su dolor, es decir, si considera que su dolor no va a desaparecer, va a ir a más, le va a impedir sentirse bien consigo mismo, o si por el contrario, considera que hay una solución para el problema, que puede controlar su dolor y entenderlo, la parte emocional del dolor crónico estará mejor o peor controlada. Además la alteración física que genera el dolor crónico también se verá influida por la aceptación (o no aceptación) y por los pensamientos que tenga la persona sobre su dolencia, pudiendo llegar a empeorar la disfunción por estas cuestiones psicológicas.

Por un lado, resulta vital entender el concepto de aceptación del dolor que supone la capacidad de los pacientes de ser conscientes de su situación, de entender lo que les pasa y asumir el problema; para desde aquí poder trabajar en mejorar la situación. Dicha variable psicológica "aceptación del dolor" se correlaciona de forma negativa con el tiempo que se mantiene el dolor, con la interpretación sobre las características de la enfermedad, con las consecuencias que tiene ese dolor y con las representaciones emocionales que generamos. Esto quiere decir que cuanto menos aceptemos el dolor o la enfermedad, más tiempo se mantendrá, más pensamientos malos y erróneos sobre el dolor o la enfermedad aparecerán, y habrá más consecuencias negativas y más afectación de la parte emocional que interviene en el dolor.

“Todos estos factores psicológicos pueden agravar o reducir el dolor que refieren los pacientes en función de cómo sean capaces de controlarlos”

Por otra parte, es importante saber que el catastrofismo es un proceso cognitivo y emocional caracterizado por exagerar la forma de sentir el dolor y tener pensamientos generalmente pesimistas o de impotencia. Cuanto más catastrofismo tenga una persona más tiempo permanecerá el dolor, más se afectará la vida social y laboral de los pacientes, más posibilidad de depresión, mayores sentimientos de inutilidad...

Todo esto nos hace ser más conscientes de lo necesario que es incluir en los tratamientos de los pacientes con dolor crónico, programas donde se les eduque y enseñe sobre qué es lo que les pasa, cómo tienen que afrontarlo, cómo pueden controlar pensamientos más negativos, o qué cosas deben asumir y aceptar de su dolor, entre otras muchas. La mayoría de los tratamientos se centran en la parte física olvidando por completo que la vida de las personas que tienen que convivir tanto tiempo con un dolor y que no ven progresos ni mejoras, se ve muy afectada a nivel emocional y acaba teniendo repercusiones en su vida social, laboral e incluso sentimental. Esto termina por desembocar en un círculo vicioso del que tenemos que sacarles, puesto que cuanto más alimenten pensamientos y procesos de este tipo más les dolerá, y cuanto más les duela más fácil es que aumenten esos procesos.

Conclusión:

Parece imprescindible minimizar estas influencias tanto cognitivas como emocionales además de utilizarlas de forma más positiva con la ayuda de profesionales sanitarios capacitados e incluso en algunas ocasiones será necesario recurrir al tratamiento psicológico.

Sobre este artículo:



Fuente /s:

Gillanders DT, Ferreira NB, Bose S, Esrich T. The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain. Eur J Pain. 2013;17(6):893-902

Fuente de la Imagen: imagen de NeuroRehabnews.com con fines unicamente ilustrativos.

Autora: Marta Díaz Sáez

Para citar este artículo: Díaz-Sáez M. Dolor Crónico, Pensamientos y Emociones. NeuroRehab News 2017 nov; 2 (1): e0022

Edición: Alba París Alemany y Juan Manuel García Bechler



Marta
Díaz
Sáez