

# T ratamiento Psicológico del Dolor Crónico en Enfermos Terminales Oncológicos.

Rosario Morales Moreno

Psicóloga de la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos de la Clínica Virgen del Consuelo.

M.<sup>a</sup> Isabel Cabezudo de la Muela

Psicóloga de la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos de la Clínica Virgen del Consuelo.

Miembro de la Clínica de Orientación Personal y Familiar.

## RESUMEN

En el presente artículo, pretendemos dar una visión general al tratamiento psicológico del dolor oncológico en fase terminal, y especialmente en aquellos casos donde es crónico.

Ofrecemos un resumen de todas aquellas técnicas que, en nuestra práctica clínica con estos pacientes y en la bibliografía al respecto, aparecen como efectivas para el alivio y control del principal síntoma que genera preocupación y malestar: el dolor.

Con tales técnicas, se consigue su control a la vez que, una disminución del sufrimiento y mejor calidad de vida.

## ABSTRACT

In the present article, we tried to give one general vision to the psychological treatment of oncology terminal pain and specially in those cases when it is chronic.

We offer one synopsis of all those technique that, in the bibliography about the matter, appears like

**affectives for the relief and control of the main symptom that produces preoccupation and malaise: the pain.**

**Whit this class of techniques, obtains his control at the same time as, one diminution of the suffering and one better quality of life.**

## PALABRAS CLAVE

**Dolor crónico, Oncológico, Fase terminal, Calidad de vida.**

## I- INTRODUCCION

I.1.- ¿Qué es el dolor crónico?

Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, 1979), el dolor es «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma».

De esta definición se desprende una consideración fundamental respecto a la experiencia de dolor: no se puede hablar de medida del dolor sino del grado de evaluación o percepción del mismo. Por otro lado diremos que estamos ante un dolor crónico cuando éste se mantenga durante un cierto tiempo determinado (aproximadamente de 6 meses), llegando a ser inadaptativo (ha perdido el carácter de indicador de alerta para el organismo) y por tanto inútil.

Podemos distinguir 2 tipos de dolor crónico:

- No oncológico: no asociado al Cáncer.

- Oncológico: asociado al Cáncer.

Este último es en el que nos vamos a centrar dado su especial significado.

I.2.- ¿Qué es un enfermo terminal?

Existen dos conceptos distintos en el enfermo en situación terminal: uno biológico y otro terapéutico.

- Concepto biológico del enfermo terminal:

Las condiciones vitales están por debajo de los límites de la normalidad y no pueden ser recuperadas por medidas terapéuticas.

- Concepto Terapéutico del enfermo terminal:

Los tratamientos posibles se han agotado o no son efectivos.

Los criterios clínicos de inclusión de un enfermo en situación terminal son:

- Diagnóstico histológico exacto y probado.

- Haber recibido terapéutica estandar eficaz conocida.

- Es posible predecir el momento de la muerte ( $\pm$  3 meses).

Los rasgos definitorios de esta situación son:

- Enfermedad en evolución progresiva rápida. (Aquí vamos a referirnos a los enfermos terminales oncológicos, pero debe quedar claro que un enfermo en situación terminal puede ser de cual-

quier otra patología que lleve a este desenlace).

- Aparición intensa, rápida y frecuente de problemas multifactoriales.
- Gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo terapéutico.

## 2.- SIGNIFICADO DEL DOLOR ONCOLOGICO.

El dolor es citado en uno de los primeros puestos (sino el primero) en la jerarquía de factores que provocan «temor» en una enfermedad terminal. Es un problema frecuente en los enfermos oncológicos: el 40% de los pacientes adultos experimentan dolor entre moderado-severo en los estadios intermedios de la enfermedad y el 60% - 80% lo experimentan en los estadios avanzados (Bonica, 1980).

Su presencia, si bien en cualquier proceso patológico sería importante, en el Cáncer con mayor motivo, dado el impacto que dicha enfermedad tiene a todos los niveles siendo vivenciado como una prueba del empeoramiento del cuadro. Es por ello, que la experiencia dolorosa se rodea en estos enfermos de un importante grado de angustia y como es sabido, la ansiedad es un potente mediador de las experiencias dolorosas, que junto con la propia ansiedad se convierte en una fuente de gran malestar (Turk, 1978).

Es importante señalar que la experiencia dolorosa está relacionada con causas multifactoriales, pudiendo modificarse dicho umbral a través de la intervención psicológica.

Cuando un paciente ha entrado en situación terminal el equipo multidisciplinar queda relevado de su misión de curar pero no de intervenir ya que se inicia entonces, que no menos importante, la de paliar los síntomas y necesidades presentes en el enfermo y su familia. El «proceso de morir» es el marco donde realizan la labor los equipos de cuidados paliativos. Aquí estaría incluido todo el problema de la información al paciente, el alivio de sín-

tomos y el apoyo a la familia, proporcionando una mejor calidad de vida al enfermo y consiguiendo así una muerte digna.

## 3.- OTROS SINTOMAS EN LOS ENFERMOS TERMINALES ONCOLOGICOS.

Como veremos en la figura 1, se producen una gran cantidad de síntomas debidos a los efectos directos del desarrollo de la enfermedad y el tratamiento realizado.

Todo este deterioro físico y sus consecuencias traen consigo un fuerte impacto emocional, problemas de imagen corporal, procesos de depresión, ansiedad, conflictos con la familia debido a problemas de comunicación entre esta, el paciente y/o el equipo terapéutico, problemas laborales, económicos, etc.

El alivio en lo posible de estos síntomas, físicos y psicológicos, son las bases para una disminución del sufrimiento del enfermo y obtención de mayor confort.

## 4.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL DOLOR CRONICO EN ENFERMOS TERMINALES ONCOLOGICOS.

### 4.1.- Introducción.

El abordaje terapéutico en enfermos terminales oncológicos va a seguir pautas parecidas a otros enfermos con dolor crónico. El dolor no es solo un síntoma manifiesto de la enfermedad sino también una forma de comunicar el paciente sus experiencias emocionales.

Uno de los «temores» que más predomina en los pacientes en situación terminal se refiere al dolor; por eso es importante una buena analgesia y terapéutica adecuada ya que sin ella la intervención con técnicas psicológicas

resultaría prácticamente ineficaz. El papel del psicólogo será ayudar al enfermo a controlar su percepción del dolor y así reducir el uso de narcóticos, proporcionándole aquellas estrategias que considere eficaces. De esta manera se le posibilita el centrar su atención en otros aspectos ajenos a dicho síntoma.

La percepción del dolor va a venir mediada por una serie de situaciones internas que el enfermo asocia a una mayor/menor molestia. El control de dichos procesos de forma adecuada, puede aumentar su tolerancia.

Todo lo dicho anteriormente revierte en que los pacientes están más motivados, porque de esta manera participan de forma más activa y recuperan el sentido de control.

Por último, hay que señalar que un paso previo a la intervención es hacer un buen análisis funcional ya que este es el que dará sentido a toda intervención psicológica posterior.

### 4.2.- Objetivos generales.

Aunque nuestro objetivo principal en este artículo, es el alivio en lo posible del dolor; habrá otros objetivos que a corto plazo pueden beneficiar dicho control.

Podemos enumerar los siguientes:

- Mantenimiento del descanso y hábitos cotidianos.
- Fomentar los recursos propios del paciente.
- Eliminación de trastornos ansiosos-depresivos y de angustia.
- Determinar y solucionar otras necesidades del paciente.
- Atención y apoyo familiar.
- Mejorar de la comunicación paciente - familia - personal sanitario.

### 4.3.- Técnicas de intervención.

Podemos dividirla en dos tipos: fisiológicas y cognitivo-conductuales.

Todas las técnicas comparten, en mayor o menor medida, dos componentes importantes: la relajación y distracción.

## 4.3.1.- Técnicas fisiológicas:

Todas ellas pretenden la eliminación de la ansiedad.

### 4.3.1.1.- Relajación:

Mediante esta técnica se pretende romper la cadena dolor-tensión-dolor. Se utiliza en aquellos pacientes en los que la ansiedad y contracción muscular son aspectos importantes del dolor. Es una técnica útil que va combinada normalmente con otras intervenciones (distracción, autoinstrucciones, etc.).

Aunque podemos utilizar diferentes métodos para obtener relajación, se pueden dividir en dos tipos:

a) Relajación activa: el paciente tensa y relaja cada uno de los músculos que se le va indicando para que reconozca cuales son sus puntos de tensión y aprenda a relajarlos (ejem: relajación progresiva de Jacobson).

b) Relajación pasiva: Se le pide al paciente que focalice su atención en sensaciones agradables disminuyendo así la tensión en ciertas zonas del cuerpo.

En los enfermos oncológicos terminales habrá que usarla adaptándola a la problemática de cada enfermo, teniendo en cuenta la zona donde el paciente siente dolor (en la zona afectada es aconsejable una relajación pasiva).

### 4.3.1.2.- Biofeedback:

Consiste en la aplicación del condicionamiento operante al control y regulación de los procesos fisiológicos. Se pone al paciente en una situación donde puede identificar las respuestas de su organismo, esta información le sirve para aprender el control de sus síntomas corporales.

Hay que indicar que en los pacientes en situación terminal se utiliza poco ya que no hay mucha disponibilidad de tiempo para su aprendizaje y porque el objetivo que puede tener su aplicación (aprender relajación) se puede obtener por otros medios mas simples para el enfermo.

### 4.3.1.3.- Respiración:

El aprendizaje de la respiración profunda y completa puede ser importante para el alivio de la tensión.

Una respiración completa consiste en la inspiración y expiración profunda del aire a nivel abdominal, zona media del pecho y torácica de esta forma obtenemos una buena oxigenación y ayudamos a mantener el cerebro claro y alerta.

La respiración es útil y normalmente se combina con la relajación y otras técnicas. También debemos recordar que dicha técnica se ajustará a las necesidades del enfermo.

## 4.3.2.- Técnicas cognitivas-conductuales:

### 4.3.2.1.- Información:

En los enfermos terminales, la forma de dar la información, el momento y su contenido es uno de los aspectos fundamentales dentro de la terapia global con el enfermo. En cuanto al dolor, es importante explicar al enfermo y familiares los mecanismos y procesos mediante los cuales percibimos el dolor, así como las diferentes formas de controlarlo. De esta manera desmitificamos dicho síntoma, adquiriendo el paciente mayor control sobre él.

### 4.3.2.2.- Reestructuración cognitiva:

Estas técnicas cognitivas se basan fundamentalmente en las terapias defendidas por Beck y Ellis. Estos autores consideran que las personas tienen sobre su entorno y su persona una serie de pensamientos (deformados/ irracionales) que son responsables de las emociones de depresión y ansiedad, por lo que modificando estos pensamientos modificaremos las emociones correspondientes.

Dada la naturaleza amenazante del cáncer las creencias y actitudes pueden influir en la percepción del dolor:

### 4.3.2.3.- Inoculación de estrés:

Técnica propuesta por Meichenbaum y Cameron (1974), consiste en emplear la relajación y una serie de autoinstruc-

ciones como estrategias de afrontamiento ante situaciones que causan malestar y ansiedad al paciente.

Dichas instrucciones no solo ayudan a eliminar el malestar ante la situación (o sensación) amenazante sino también ayudan a eliminar la ansiedad anticipatoria.

Además estas estrategias, sirven de base para la introducción de otras técnicas (distractoras, etc).

Es muy útil en el control del dolor, especialmente cuando el enfermo tiene ansiedad anticipatoria.

### 4.3.2.4.- Visualización:

Se utiliza para conseguir mayor relajación y reducir el dolor. Consiste en dirigir la mente (mediante la imaginación) hacia objetivos positivos siguiendo unas pautas determinadas e incluyendo de esta manera en los aspectos emocionales y cognitivos.

Los ejercicios de visualización se combinan con relajación. Son muy utilizados en la practica del control del dolor:

### 4.3.2.5.- Técnicas distractoras:

a) Focalización externa:

Proceso por el cual al enfermo se le instruye o dirige la imaginación hacia escenas fantásticas o hacia situaciones reales que recuerda como agradables.

b) Técnicas de «revalorización» de Clark:

En contraste con las técnicas de focalización externa, que pretenden alejarnos de la experiencia de dolor, los métodos de revalorización, estimulan a experimentar con la reinterpretación de la experiencia de dolor, con objeto de eliminarlo o trivializarlo. Dichas técnicas se pueden clasificar en las siguientes:

- Transformación de sensaciones.
- Transformación del contexto.
- Negación y redefinición.
- Limitación de la extensión del dolor.
- Relocalización del dolor.
- Reubicación de los pensamientos.

Todas estas técnicas específicamente distractoras, son eficaces para el control y eliminación del dolor aunque su éxito dependerá de la motivación y de la práctica del paciente.

#### 4.3.2.6.- Hipnosis:

Su utilización en el tratamiento del dolor asociado al cáncer ha sido estudiado por Spiegel y Bloom; Redd y Colb.; Barber y Gitelson.

Aunque es útil en todos los estados de la enfermedad, en el paciente oncológico terminal esta por determinar.

#### 4.3.2.7.- Musicoterapia:

- Sirve como técnica distractora a la vez que puede suprimir el dolor.
- Hay una focalización hacia sensaciones más agradables y puede evocar emociones y sentimientos.
- Produce estados de relax físico y emocional.
- Puede mejorar la comunicación con el entorno.

#### 4.3.2.8.- Técnicas de modificación de contingencias:

Se basan en los tratamientos operantes (Fordyce, 1976).

El objetivo se dirige hacia la reducción de las conductas de dolor a la vez que se refuerzan las conductas de no-dolor: Se trata de modificar las conductas observables (quejas, gemidos, etc), localizando los antecedentes y consecuentes que mantienen dichas conductas. Para conseguir estos objetivos, las técnicas que se utilizan son las que se basan en las leyes del aprendizaje (refuerzo positivo, refuerzo negativo, etc.)

#### 4.3.2.9.- Técnicas de entrenamiento asertivo:

Se enseñan aquellas habilidades de comunicación que le puedan al paciente ser de utilidad para expresar sus emociones, problemas, etc, favoreciendo la comunicación entre el paciente-familia y personal sanitario.

Este entrenamiento asertivo va unido muchas veces a la modificación de contingencias ya que normalmente las

quejas del paciente vienen a manifestar la falta de habilidad para expresar sus emociones.

#### 4.3.2.10.- Clasificación de tareas:

Consiste en animar al paciente a realizar pequeños pasos de forma gradual en la realización de actividades, disminuyendo así el sentido de impotencia y frustración.

Este tipo de estrategias a parte del dolor se aplican en otros problemas del enfermo.

#### 4.3.2.11.- Técnicas de solución de problemas:

Ayudan a que el enfermo tome decisiones disminuyendo su nivel de ansiedad e indefensión.

Todas las técnicas que hemos expuesto, son útiles en el control del dolor: Su elección dependerá no solo del estadio de la enfermedad, sino de las circunstancias individuales por las que está atravesando el sujeto, el control de los síntomas, la motivación, la situación familiar; y de todas aquellas variables, que en nuestra evaluación hayamos encontrado moduladoras del dolor:

## 5.- Conclusiones:

El tratamiento del dolor crónico en el enfermo oncológico terminal se realiza, como con toda su problemática, dentro de un marco multidisciplinar, sirviendo la intervención psicológica de tratamiento complementario a las medidas terapéuticas médicas.

Todos aquellos aspectos que rodean al enfermo en situación terminal van a influir directa o indirectamente en la modulación del dolor por lo que es importante tenerlo en cuenta y tratarlos de forma adecuada.

Por último, recordar que nuestro objetivo final es lograr una disminución del sufrimiento, ayudando así a mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que debemos aplicar todos los medios disponibles, sin perder la visión global y humana que requiere toda intervención.

**TABLA I. (Fig. 1)  
PREVALENCIA DE SINTOMAS EN  
PACIENTES TERMINALES (n=130)**

| SINTOMA                | %  |
|------------------------|----|
| -DOLOR .....           | 75 |
| -ANOREXIA .....        | 69 |
| -ASTENIA .....         | 68 |
| -PERDIDA DE PESO ..... | 56 |
| -ESTREÑIMIENTO .....   | 40 |
| -DISNEA .....          | 33 |
| -VOMITOS .....         | 23 |
| -BOCA SECA .....       | 21 |
| -ANSIEDAD .....        | 21 |
| DEPRESION .....        | 21 |
| CONFUSION .....        | 10 |

TABLA I.- Oncología y Cuidados paliativos. A. Pascual y J. García-Conde. En: CONTROVERSIA EN ONCOLOGIA. Ed. Doyma. Barcelona. 1993.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

LABRADOR, F.J.; VALLEJO, M.A.; CRUZADO, J.A. -TRATAMIENTOS CONDUCTUALES DEL DOLOR, JANU. MEDICINA Y HUMANIDADES, 18-23 ENERO, 1986. VOL. XXX. Nº 708, 44-60.

LABRADOR, F.J.; VALLEJO, M.A.; DOLOR CRONICO. EN: MAYOR, J. FJ. -MANUAL DE MODIFICACION DE CONDUCTA. MADRID. EDT: ALHAMBRA, 1984.

VALLEJO PAREJA, A.; COMECHE MORENO, M.I. -EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL DOLOR CRONICO. EDIC: TERAPIA DE CONDUCTA Y SALUD. FUNDACION UNIVERSIDAD -EMPRESA. MADRID, 1994.

MONTOYA-CARRASQUILLA, J. -TECNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN EL MARCO ONCOLOGICO. EN: DOLOR & INFLAMACION, 1992. VOL. 5, Nº 5, 261-264.

PELLICER, A.; CARULLA, L.S. -TERAPIA DE CONDUCTA EN ONCOLOGIA. EN: C. MEDICINA PSICOSOMATICA, SEX. Nº 13, 1990. 6-18.

SANZ ORTIZ, J. -PROBLEMATICA DEL PACIENTE EN SITUACION TERMINAL. EN: AVANCES EN ONCOLOGIA. ED: DIAN RUBIO, E. ARAN EDICIONES, MADRID, 1988, 83-88.

SAN ORTIZ, J. -EL PACIENTE EN SITUACION TERMINAL. CONCEPTO Y ENFOQUE ASISTENCIAL. NEOPLASIA, 1987; 4/2. 55-57.

SANZ ORTIZ, J. -PRINCIPIOS Y PRACTICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. EDT: MEDILLIN. BARCELONA, 1989. 143-145.

KLUBLER-ROSS. E. -SOBRE LA MUERTE Y MORIBUNDOS. GRIJALBO. MADRID. 1975.

McKAY, M.; DAVIS, M.; FANNING, P. -TECNICAS COGNITIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRES. EDT: MARTINEZ ROCA. BARCELONA, 1985.

CAUTELA, R. -TECNICAS DE RELAJACION. EDT: MARTINEZ ROCA. BARCELONA, 1986.