

Psicología, cáncer y dolor

Elisa Knapp e Ileana Delgado. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

RESUMEN

Se describen las características psicológicas de pacientes con dolor por cáncer, enfatizando en el papel de la personalidad del enfermo. Se exponen algunas ideas acerca del tratamiento de estos pacientes. La mejor manera de ayudar es preparándolos para vivir con esta enfermedad crónica.

ABSTRACT

After discription of the psychological characterization of patients with pain for cancer, emphasizing in the roll of the personality. Different ideas in relation with patient treatment are exposed. The best way to help them is the sistematic preparation of the patient to live with its chronic disease.

INTRODUCCION

El dolor es el principal factor que suele determinar la búsqueda de ayuda especializada. Una de las aristas más significativas del dolor es que además de un componente biológico, posee una dimensión psicológica, interpretativa que depende de la historia individual de cada persona en un contexto cultural correcto.

Según estimaciones recientes el 80 % de los pacientes oncológicos en los que la enfermedad alcance un estado avanzado tendrá problemas de dolor. El dolor crónico por cáncer representa uno de los eventos más significativos en cuanto a su capacidad de alterar la calidad de vida del paciente.

El alivio del dolor requiere del especialista de la salud: vocación, simpatía, inteligencia y tiempo. Por estas y otras razones este campo de la

térapéutica ha sido olvidado por muchos especialistas, y en otros casos dejado de un lado por lo fructífero de los resultados. No sólo debe enfrentarse el elemento fisiológico de la enfermedad, sino sus componentes psicológicos, pues ante él se halla un sujeto que tiene una determinada concepción de su enfermedad, una valoración de las limitaciones que esta le produce y que elabora una determinada actitud hacia la misma.

La práctica clínica habla de la existencia de tres grupos de pacientes con dolor por cáncer:

1. Paciente con dolor por causa orgánica. Ejemplo, tumor que presiona otro órgano.
2. Pacientes con dolor sin causa orgánica que lo desencadena. Se habla de mecanismo de conversión inadecuado.
3. Pacientes en los cuales los factores psicológicos pueden incrementar o producir el dolor aunque haya causa. Cualquier conflicto psicológico desencadena en ellos el dolor, aunque el mismo esté bajo tratamiento.

El presente trabajo está encaminado a la búsqueda de información, así como de soluciones prácticas mediante estrategias psicológicas a los amargos cuadros dolorosos que vivencian los pacientes con cáncer, que sin duda precisan de toda nuestra dedicación en aras de lograr, al menos, ser aliviados en algún sentido.

Su importancia radica en la gran cantidad de datos que enfatizan la influencia de factores afectivos, emocionales, cognitivos y motivacionales en relación con la experiencia dolorosa por una parte, y se interrelacionan con factores tales como la personalidad, la cultura, el medio histórico-social, en estrecho vínculo con los mecanismos psicodinámicos de la ansiedad, depresión, atención y significación del dolor.

DESARROLLO

Los impulsos dolorosos son transmitidos al Sistema Nervioso Central por dos tipos de fibras: fibras A mielinizadas y fibras C no mielinizadas. Estos grupos de fibras terminan en el fascículo espinotalámico lateral donde relevan a sus neuronas, y los impulsos dolorosos ascienden a través de los mismos hacia el tálamo, terminando en los núcleos pósteros externos y pósteros internos ventrales del tálamo ascendiendo desde aquí hasta la circunvolución parietal ascendente de la corteza cerebral.

Se considera que el tálamo es la primera estación de impulsos concernientes a elementos cualitativos de apreciación del dolor y su vínculo con elementos afectivos.

Como planteamos anteriormente existen dos vías para el dolor: una lenta, y otra rápida que provoca una sensación dolorosa, viva, aguda y localizada, mientras que la lenta causa una respuesta apagada y más difusa. Estas dos sensaciones son llamadas dolor rápido y dolor lento.

Desde los estudios realizados por Head sobre la sensibilidad, incluida la dolorosa, se distinguen dos sistemas: uno protopático más afectivo, difuso que proporciona escasa información sobre la naturaleza y ubicación exacta del estímulo; y una epicrítica en la que predomina el aspecto discriminativo, lo que permite la localización y las variaciones de intensidad entre los estímulos.

En el paciente con cáncer es posible diferenciar tres categorías básicas o tipos de dolor: somático, visceral y por desaferentación (R. Payne, 1987). El dolor visceral es mal localizado y particularmente desagradable, no sólo por el componente afectivo que tiene en común con todos los dolores, sino también porque muchos aferentes viscerales excitados por el mismo proceso que causa el dolor, tienen conexiones reflejas que provocan náuseas, vómitos y otros efectos vegetativos. El dolor visceral es

conducido casi exclusivamente por el Sistema Nervioso Simpático mientras que el dolor por desaferentación depende de lesiones del Sistema Nervioso periférico, central o de ambos, como consecuencia de la compresión o infiltración por el tumor u otras causas

N. Sundaresan y G. V. Giacinto 1987 consideran que la percepción del dolor y su significado para el sujeto es un fenómeno de conducta complejo e incluye procesos psicológicos y emocionales, además de la activación de vías nociceptivas.

Según L. A. Cascante (1986) los métodos, los tratamientos para el dolor más utilizados en oncología son los siguientes: tratamiento medicamentoso, quirúrgico, por bloqueos y radiante. De todos estos el más utilizado es el medicamentoso.

Sobre la sensación dolorosa han sido elaborados varios conceptos por diferentes autores, los cuales poseen en común la participación del Sistema Nervioso en su percepción, así como cierta incapacidad para descubrir lo que realmente sucede (P. F. Bejeraneo, 1984).

Vinculados al dolor se hallan factores médicos (daño tisular) factores psicológicos (propios del individuo, influidos por su Personalidad y determinantes socioculturales) y los factores conceptuales, ya que lo que el dolor significa implica diferencias en cuanto a cómo es percibido, lo que condiciona tanto la intensidad del dolor como el patrón de conducta que se adopte ante el mismo.

El dolor es una vivencia subjetiva, que no puede ser demostrada por quien lo siente, ni refutada por el observador. La experiencia dolorosa se hace muy compleja de comunicar, puesto que la interpretación es por completo personal, generalmente los términos en que se describe son vagos y es por ello que muchos pacientes se sienten frustrados en sus intentos y deseo de expresar la calidad e intensidad de su dolor.

El dolor en el cáncer se produce de un modo progresivo, constante. Al inicio se localiza en una zona concreta y luego se va extendiendo gradualmente en semanas o meses. Como regla general su intensidad no disminuye, además no hay periodos libres de dolor. Pueden ocurrir exacerbaciones agudas de duración variable.

La incidencia del dolor en paciente con cáncer es elevada ya que oscila entre el 60 y el 80 %. Los tumores que producen una elevada incidencia dolorosa son los de localización peritumoral ósea (85 %), cavidad oral (80 %), aparato genitourinario (70 %), mama (50 %), pulmón (45 %) y sistema linfático. Cerca de un 30 % de niños afectados de cáncer padecen dolor.

Un análisis cuidadoso de pacientes con dolor por cáncer permite la descripción de los síndromes dolorosos siguientes (K. M. Foley, 1987):

- Síndrome doloroso relacionado con la invasión directa por el tumor o sus metástasis.
- Síndrome doloroso relacionado con la terapéutica del cáncer.

Pacientes con afecciones severas o de amenaza vital presentan cambios notables en la estructura personal motivacional, en su sistema de valores, además de producirse cambios bruscos en su sistema de actitudes (B. W. Zeigarnik, B. S. Bratus, 1980).

El cuadro vivencial constituye el sistema de expresiones del mundo del hombre, afectivamente matizados, que conforman un reflejo de la influencia de acontecimientos y sucesos objetivos en vida psíquica y que tienen un sentido significativo para la personalidad.

El estudio del cuadro vivencial de los pacientes con dolor por cáncer puso en evidencia que los factores que lo determinan son derivados de su enfermedad y tratamiento, de las condiciones estresantes de la hospitalización o el medio familiar, las demandas psicológicas características de un enfermo y de la sensación de inevitabilidad de la muerte.

En general cuando a una persona se le diagnostica cáncer muestra una reacción emocional característica: un periodo inicial de choque e incredulidad, seguido de un lapso de confusión con ansiedad y síntomas depresivos, inestabilidad y alteraciones del apetito y del sueño. Además surgen temores en cuanto al futuro. Algunos pacientes continúan con ansiedad y/o depresión transcurridos semanas o meses, los cuales precisan de tratamiento psicológico de inmediato, pero en sentido general, el especialista debe tener en cuenta que gran parte de los individuos son psicológicamente sanos y poseen reacciones emocionales impuestas por el cáncer y su tratamiento.

Cuando se comparan pacientes cancerosos con dolor o sin él, se encuentra que los primeros tienen puntuaciones más altas en las mediciones de la depresión, ansiedad, hostilidad y sematización (M. J. Massic; J. C. Holland, 1987).

Podemos plantear que los sistemas emocionales y de conducta asociados al dolor son la ansiedad, la depresión, la desesperación (sobre todo cuando el enfermo relaciona el síntoma con la progresión de la enfermedad) la agitación, la irritabilidad y la incapacidad para dormir.

Resulta oportuno reconocer que no se cuenta con técnicas psicológicas o modelos explicativos para demostrar científicamente que los factores psicológicos hacen que fisiológicamente se incremente el dolor.

En el enfermo de cáncer que padece dolor, particularmente el paciente con dolor crónico, el éxito del procedimiento psicológico utilizado en su alivio depende en gran medida de la profundización que se logre de su cuadro psicológico y de los mecanismos internos del desarrollo de estados anómalos.

En general las intervenciones cognitivas y conductuales han sido las de mayores logros en el tratamiento de estos pacientes ya que en ellos las principales fuentes de aflicción son: estado médico incierto, temor al deterioro físico y funcional, amenaza de tratamientos anticáncer agresivos; miedo al dolor cada vez más intenso y constante, así como miedo a la muerte.

En consecuencia, una meta principal de este tipo de intervenciones en enfermos con dolor por cáncer es incrementar la sensación de control personal, autoeficacia y control en sí mismos y para ello se hace necesario modificar cogniciones y modelos de conducta.

Las condiciones de incertidumbre, confusión, dependencia y temor crónico, aumentan por el dolor intenso y pueden producirse estados de frustración personal y disminución de la autonomía volicional (B. Fishman; M. Losialzo, 1987).

Con vista a la interpretación integral posterior de la intervención o acciones psicoterapéuticas es necesario primero estudiar el estado emocional, cognitivo y vivencial de nuestros pacientes.

Según el periodo de padecimiento del sistema dolor anterior a la intervención psicoterapéutica este variaba de dos años a un mes.

Período	Cantidad de pacientes	%
1-2 años	2	16,7
6 meses	2	16,7
3-5 meses	3	25
1-2 1/2 meses	4	33,3
1 mes	1	8,3

La mayoría de los pacientes coinciden en inferir que su dolor podía ser calificado de muy intenso, punzante y constante (10) los otros dos lo califican de discreto, que al poco tiempo se agudiza y a intervalos.

La duración de las crisis dolorosas se expresa de la siguiente manera:

Duración	No. Pacientes	%
Minutos	1	8,3
Horas	2	16,7
Días	7	58,3
Semanas	2	16,7

La progresión del dolor hasta el momento del inicio de la intervención psicoterapéutica se manifestaba como considerablemente en el 41,7 % de los casos y mucho en el 33,3 %.

Entre otros espectros de especial relevancia en esta temática está la localización de la neoplasia que matiza el síndrome doloroso. En nuestro caso el 41,7 % de la muestra tiene un diagnóstico de carcinoma uterino, en el cual generalmente el dolor invade una de las dos extremidades inferiores hasta el punto de inmovilizar al enfermo, o bien el dolor se dirige hacia los intestinos o la columna vertebral, todo esto en función del estadio de la enfermedad y de la propagación de las metástasis. Por otra parte, el 25 % lo integran pacientes con linfomas Hodgkin donde se aprecian diferentes modos de percibir el dolor por parte de los pacientes en relación directa con la localización de los ganglios infestados, así como de otros elementos que caracterizan la enfermedad.

Los reportes de los pacientes apuntan hacia un desconocimiento de todo lo que puede estar en correspondencia con el tema dolor, además no siempre lo asociarían con su enfermedad debido a que frecuentemente no poseen conocimientos reales sobre su patología.

La mayoría de los pacientes reciben apoyo y gratificación por parte de sus familiares en los momentos de crisis, a pesar de esto con el dolor aparecen emociones y vivencias de carácter negativo y lo asocia con sentimientos de impotencia, invalidez, sensaciones de proximidad de la muerte, crisis de llanto, temblores y gritos.

Las principales vivencias que aparecen con más frecuencia en los pacientes que sufren dolor por cáncer son la intranquilidad, tristeza, temor, irritabilidad, inseguridad, incertidumbre, frustración y ansiedad.

La percepción subjetiva de amenaza vital por parte del enfermo y el dolor pueden desencadenar una reacción de ansiedad, aunque no se aprecia una clara tendencia a la patologización.

A la gran mayoría de estos pacientes les resulta difícil reestructurar sus vidas en función de la nueva situación que enfrentan, plantearse por sí solos alternativas ante nuevas exigencias, cambiar una decisión asumida, por lo que en sentido general se caracterizan por ser rígidos, todo lo cual pone de manifiesto la necesidad inmediata de las intervenciones psicoterapéuticas.

Las acciones psicológicas se encaminaron y planificaron en todo momento en función de las problemáticas concretas de cada uno de los pacientes, ya

que por conflictos planteados por los mismos pacientes o por estrategias de afrontamiento inadecuados que hayan sido observadas en los mismos.

En función de la diversidad de conflictos empleamos varias estrategias y métodos psicoterapéuticos, como la visualización, desensibilización, relajación y psicoterapia de grupo.

En pacientes con dolor por cáncer las técnicas de visualización se utilizan para aliviar la tensión muscular, para reducir o eliminar dolor y facilitar la recuperación. Los ejercicios de visualización actúan directamente sobre los aspectos emocionales y cognitivos de la propia experiencia del dolor.

La relajación progresiva ayuda a contener el dolor de dos maneras: reduce la tensión muscular rompiendo así el esquema temor tensión-dolor, que a menudo incrementa la experiencia dolorosa además desvía la atención lejos del dolor, es decir, cambia el centro de la atención. La desensibilización sistemática permite el control de la crisis dolorosa y la disminución de la ansiedad que esta le produce. La terapia grupal incrementa el conocimiento sobre su dolencia y actúa sobre el estado emocional de los pacientes.

Durante el proceso terapéutico se estableció una buena relación en el plano afectivo con los pacientes y entre ellos mismos, lo cual no resultó difícil pues estas se muestran muy abiertas y acogidas con las personas que ellos valoran son capaces de brindarles el apoyo emocional que demandan.

No resulta ajeno para este tipo de paciente el tratar de involucrar al terapeuta en la toma de decisiones acerca de lo que debe o no debe hacer. En las sesiones terapéuticas se trataba de dar al enfermo tantas alternativas como fuese posible, mostrándole siempre los aspectos positivos y negativos de cada situación-problema, pretendiendo ejercitar a este en la valoración y toma de decisiones más acertadas, evitando las inadaptaciones que sólo podría contribuir al empeoramiento de su estado.

Se logró efectuar un trabajo grupal alentador, con el cual los pacientes establecieron sólidos vínculos, se visitaban mutuamente en sus salas y casas en la medida de sus posibilidades y fueron capaces de organizar conversatorios por cuenta propia informándonos posteriormente del resultado de los mismos.

Los principales logros obtenidos durante la intervención psicológica fueron los siguientes:

- 1.- Estado de ánimo satisfactorio
- 2.- Mayor preocupación por su aspecto personal
- 3.- Promoción de nuevos intereses (políticos y culturales)
- 4.- Responsabilidad del paciente con su mejoría y con la mejoría de los demás pacientes del grupo.
- 5.- Mayores relaciones oncólogo-paciente.
- 6.- Desaparición de la mayoría de los temores manifestados
- 7.- Control de la crisis dolorosa, logrando disminuirla o eliminarla.
- 8.- Mayoría en los trastornos del sueño.

CONCLUSIONES

La intervención psicológica posee gran perspectiva en pacientes con dolor por cáncer, incluso en aquellos casos en que la terapéutica o tratamiento oncológico obtengan resultados satisfactorios, puesto que este

tipo de dolencia coloca al paciente en constante crisis, como consecuencia de los sufrimientos y múltiples limitaciones o pérdidas, así como la amenaza tenaz de muerte que la caracterizan.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adanis, R. D. (1984)
Principios de neurología. Ed. Revolucionaria. Editorial Científico Técnica. Habana.
- 2.- Bayes, R. (1984)
Psicología Oncológica. Editorial Martínez Roca. España.
- 3.- Bejerano, B. F. (1984)
Clínica del dolor. Revista Cubana Anestesiología.
- 4.- Cascante, G. (1986)
Cáncer y Dolor. Trabajo de Tesis. Especialista Primer Grado.
- 5.- Colectivo de autores (1988)
Dolor por Cáncer. Editorial Científico-Técnica. Habana.
- 6.- Frisلمان, B. y M. Losvalzo (1988)
Intervenciones cognoscitivas y conductuales en el tratamiento del dolor por cáncer: principios y aplicaciones. Editorial Científico-Técnica.
- 7.- Massic, M. J. y J. C. Halland (1988)
El paciente de cáncer con dolor: complicaciones psicológicas y su tratamiento. Habana
- 8.- Payne, R. (1988)
Anatomía, Fisiología y Neurofarmacología del dolor por cáncer. Habana.