

Tratamientos psicológicos del dolor en pacientes quemados

Sergio Revenga Montejano¹, María Isabel Bueno Soriano¹, y Laura González Bixquert¹

¹Psicólogo Interno Residente. Hospital Nuestra Señora del Prado
Talavera de la Reina. Toledo. España
e-mail: srevengam@sescam.jccm.es

El dolor de los pacientes afectados por quemaduras severas supone un alto grado de malestar y sufrimiento. No es de extrañar que vaya asociado a alteraciones psicopatológicas como la depresión, el estrés postraumático y la ansiedad, relacionándose en ocasiones con una reducción en el funcionamiento y la calidad de vida del paciente.

El principal abordaje del dolor en el paciente gran quemado es el tratamiento analgésico. Las benzodiazepinas y opioides suelen ser los fármacos de primera elección. Además de los procedimientos médicos, desde la Psicología Clínica contamos con intervenciones que pueden combinarse con éstos para modular la sensación de dolor y el malestar asociado a ésta. Por este motivo nos proponemos hacer

una revisión de aquellos tratamientos psicológicos aplicados en pacientes quemados.

Antes de revisar los distintos tratamientos consideramos pertinente recordar una de las teorías más populares sobre la percepción del dolor: *la teoría de la puerta de entrada* de Melzak y Wall. Esta teoría pretende explicar el papel de la mente en el proceso perceptivo. Según ésta existen dos vías relevantes que explican la sensación de dolor. El proceso comienza con la estimulación de los nociceptores de la dermis y epidermis que envían señales a través de las vías aferentes hacia la corteza. Posteriormente se activa la segunda vía, que se inicia con las señales eferentes que parten del córtex y llegan hasta el asta dorsal de la médula espinal. El córtex manda señales que actúan

como una puerta que regula la mayor o menor transmisión de la señal del dolor. Esta teoría da un papel importante a la mente y sienta las bases para adoptar una perspectiva biopsicosocial del dolor.

Adoptando esta perspectiva las intervenciones psicológicas tienen cabida dentro de la búsqueda del alivio del paciente con dolor. Para diseñar un plan de tratamiento se debe adaptar éste a las necesidades de la persona. Esta adaptación se hace atendiendo a dos variables: el estilo de afrontamiento previo del paciente y la fase de intervención en la que se encuentre.

El estilo de afrontamiento consiste en la forma habitual de responder al estrés ante determinadas situaciones. En los contextos médicos suelen aparecer dos estilos principales. En primer lugar hay un grupo de pacientes que tienden a evitar el estresor y dejan en manos de los profesionales sus cuidados. En segundo lugar nos encontramos con los que tienden a aproximarse al estresor, a buscar información y a participar más activamente en su tratamiento. El ajuste de la técnica psicológica al estilo de afrontamiento de la persona se vuelve especialmente relevante cuando no contamos con un tiempo largo para el entrenamiento. De

esta manera una persona con un estilo evitativo probablemente se beneficiará más, al menos a corto plazo, de estrategias como la distracción, la imaginación guiada o la hipnosis. En cambio una persona con un estilo más aproximativo, se beneficiará más de recibir mayor cantidad de información y de implicarse más activamente en el tratamiento.

Atendiendo a la evolución del dolor por quemadura nos podemos encontrar con tres estadios. En primer lugar se encuentra la etapa de reanimación que se corresponde con las primeras 72 horas, y donde si bien el dolor es elevado, existen otras prioridades en su tratamiento. Aun así el tratamiento de primera opción es el farmacológico mediante opioides. Posteriormente pasamos a una fase aguda que termina cuando las heridas han cerrado. En esta segunda etapa el abordaje sigue siendo farmacológico, pero se incluyen también estrategias no médicas para el manejo del dolor. Por último nos encontramos con una fase crónica posterior al cierre de las heridas, donde de nuevo contamos con tratamientos farmacológicos combinados con estrategias no médicas. Por tanto, existen dos etapas donde las intervenciones psicológicas tienen una gran relevancia para aliviar al paciente quemado.

Para la etapa aguda se han probado distintos abordajes psicológicos, que se corresponden con técnicas más sencillas que las que se utilizarían en la fase más crónica. Esto se debe en parte a que, como comentábamos anteriormente, no contamos con el tiempo necesario que requiere el entrenamiento de otras más complejas. Además en esta fase, se están realizando otros procesos médicos y quirúrgicos que requieren prioridad. Pese a esto tenemos herramientas psicológicas que ayudan a reducir el dolor del paciente. Una de las más empleadas consiste en el entrenamiento en relajación. En estos casos, se pueden utilizar distintos tipos de relajación como la respiración diafragmática, la relajación muscular y más específicamente, la relajación mandibular. Éstas se aplican en función de las posibilidades disponibles y atendiendo al daño corporal que haya sufrido el paciente, individualizando de esta manera el procedimiento. El mecanismo de acción no es tanto la reducción directa del dolor sino más bien la reducción de la ansiedad asociada a través del aumento de la actividad parasimpática, la reducción de la actividad adrenérgica y de la tensión muscular. Además de la relajación podemos introducir algunas técnicas más en función del estilo de

afrontamiento. Para una persona con tendencia a la evitación podemos hacer uso también de la distracción, la imaginación guiada, la hipnosis o la realidad virtual. Estas intervenciones se basan en el presupuesto de que nuestra atención tiene unos recursos limitados y si la ocupamos con datos nuevos, necesariamente tendrán que salir del campo atencional otros estímulos previos. De esta forma intentamos introducir nueva estimulación para que el dolor salga, consiguiendo así una reducción de la percepción de su intensidad. Para una persona con un estilo centrado en la aproximación, podemos insistir en la transmisión de información y tratar de implicarla en los procesos de tratamiento.

Tanto la relajación como las otras intervenciones ajustadas al estilo de afrontamiento requieren menos tiempo de entrenamiento y pueden conseguir un alivio del sufrimiento. Sin embargo, pese a su aparente sencillez, estas técnicas deben aplicarse correctamente por un profesional debidamente formado para ello.

La última etapa en la que se trabaja el dolor en el paciente quemado, es la fase de cronicidad. En este estadio, el dolor suele ser de menor intensidad pero prolongado, pudiendo abarcar

bastantes años de la vida del paciente. Además de su reducción se plantea como objetivo lograr la vuelta al medio laboral, familiar y social. Dado que estamos hablando de cronicidad, es esencial trabajar hacia la meta de adaptarse al malestar y aceptar que no se puede ofrecer su curación total. Si bien esta idea es fácil de entender a nivel racional, no ocurre lo mismo con su asimilación emocional, que suele requerir un proceso de ajuste por parte del paciente. Es importante tener en cuenta los estilos de afrontamiento de la persona durante este período, sin embargo, en caso de que se valoren como ineficaces a largo plazo, es posible plantear el entrenamiento en estilos alternativos. Así ocurre en ocasiones con el patrón de evitación, que puede llegar a ser problemático en la etapa crónica. A menudo estos pacientes optan por utilizar como estrategia no llevar a cabo acciones que antes hacían con normalidad, como un intento de escapar del dolor asociado a éstas. En estos casos ocurre que cuanto más se retira la persona más le cuesta volver a su rutina anterior entrando en un círculo vicioso. Es más, la propia actividad puede ser incluso un mecanismo de alivio del dolor dado que con ésta se asocia a una mayor activación de los sistemas de analgesia endógena

naturales del propio organismo. Por tanto, las técnicas basadas en la recuperación de la vida previa y en la reducción de las conductas de evitación son útiles en esta fase.

Como intervenciones habituales en esta etapa se encuentran las denominadas técnicas cognitivas, que basan su aplicación en la mediación de algún tipo de pensamiento que interfiere en el afrontamiento del dolor. Suelen ser pensamientos negativos y catastrofistas que terminan por aumentar el malestar de base. El objetivo de este acercamiento es lograr que el paciente cambie su forma de pensar por otra más racional y basada en la realidad, consiguiendo una reducción del malestar. A menudo se organizan paquetes multicomponentes donde se combinan los abordajes cognitivos con otros ya comentados como la relajación o la distracción.

Recientemente se ha utilizado el Mindfulness como estrategia de afrontamiento del dolor. Consiste en un tipo de meditación basada en la atención al momento presente y la aceptación. Todavía no contamos con mucha literatura en pacientes quemados, pero sí se ha probado su utilidad en otros tipos de dolor crónico.

La hipnosis se ha empleado también como herramienta para aliviar el dolor en esta fase. En

estos casos muestra una eficacia similar a otras técnicas que reducen la ansiedad y el malestar, como la relajación.

Otro punto que consideramos también importante en la intervención psicológica en pacientes quemados, es el afrontamiento de situaciones específicas que producen dolor y suelen llevar una carga asociada de ansiedad. El dolor asociado en estos casos se denomina *dolor durante procedimientos* e incluye actividades como el cambio de ropa, la ducha, las intervenciones curativas o el cambio de posición entre otras. En estos casos se emplean la relajación, la distracción y las técnicas cognitivas focalizándolas en aquellas situaciones específicas donde aparece el malestar. También hay estudios que plantean la musicoterapia como una herramienta útil durante esos procedimientos. Si bien hemos hablado de múltiples técnicas no debemos olvidar que estas deben acompañarse del establecimiento de una adecuada relación de ayuda. Para ello la escucha activa y la validación emocional del sufrimiento son vías fundamentales. Lograr que el paciente se sienta comprendido y atendido tiene una doble función. Por un lado permite el alivio directo del malestar y por otro permite que el paciente se implique en las distintas tareas te-

rapéuticas.

Un último aspecto que resulta interesante comentar es el abordaje de otras facetas psicológicas que pueden alterarse a consecuencia del dolor. En ocasiones éste se convierte en un potente estresor que puede desestructurar la vida del paciente tal y como era hasta antes de empezar a convivir con el malestar. A menudo esta situación produce alteraciones emocionales, familiares y relacionales que también pueden ser atendidas por un Psicólogo Clínico. En este caso es difícil especificar tratamientos más concretos, dado que las posibilidades de intervención dependen de la problemática individual del paciente y de la orientación teórica del profesional sobre el modo de reducir el sufrimiento.

A modo de conclusión, nos gustaría resaltar que existen intervenciones psicológicas destinadas a aliviar el dolor del paciente quemado. Estas técnicas pueden adaptarse a las diferentes fases por las que pasa el paciente y a su estilo de afrontamiento, constituyendo así una herramienta que debería estar disponible para ayudarlo a transitar por las distintas etapas y facilitar finalmente la vuelta a una vida normalizada.

Tratamientos psicológicos del dolor en pacientes quemados.

Más información en:

Mejía-Terrazas GE. Manejo del dolor en el paciente quemado. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2014;37:235-7

Rafi F, Mohammadi-Fakkar F, Jamshidi Orak R. Effectiveness of jaw relaxation for burn dressing pain: randomized clinical trial. *Pain Manag Nurs.* 2014;15:845-53

Tan X, Yowler CJ, Super DM, et al. The Efficacy of Music Therapy Protocols for Decreasing Pain, Anxiety, and Muscle Tension Levels During Burn Dressing Changes: A Prospective Randomized Crossover Trial. *J Burn Care Res.* 2010;31:590-97

Vallejo MA. Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología.* 2005;84:41-58

Wiechman S, Sharar SR. Management of burn wound pain and itching [Internet]. Up to date. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales. 2018. [Citado el 20 de abril de 2018].

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses