

## *La construcción de la experiencia de dolor y malestar en pacientes quemados*

*Zoraida González Cornide<sup>1</sup>; Jorge García Fernández<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Residente de Psicología Clínica*

*<sup>2</sup>Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica  
Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. A Coruña. España*

*e-mail: [Zoraida.Gonzalez.Cornide@sergas.es](mailto:Zoraida.Gonzalez.Cornide@sergas.es)*

La concepción del dolor como una experiencia multidimensional supone desvincular, al menos de manera directa, las alteraciones orgánicas de la expresión física/verbal del individuo sobre el malestar que esta condición le genera. Como ya conocemos, existen múltiples casos donde los pacientes presentan una escasa correspondencia entre el dolor experimentado y la intensidad supuesta del estímulo nocivo o la magnitud de la lesión, lo cual pone de manifiesto la insuficiencia de un modelo de enfermedad centrado únicamente en los aspectos sensoriales para abordar la compleja experiencia del dolor. Los trabajos clásicos de Melzack y Wall en 1965, con su formulación de la teoría

de la puerta de control, y los primeros trabajos de Fordyce (1968, 1976), con la introducción del modelo del aprendizaje en el estudio del dolor crónico, establecieron las bases para la incorporación de la Psicología de cara a dar respuesta a este fenómeno. La diferenciación de las dimensiones sensorial, afectiva y cognitiva del dolor han ocupado los puntos centrales en la literatura de este campo, posibilitando la incorporación de aspectos emocionales y contextuales en la experiencia del dolor.

La consideración de la experiencia del dolor como un fenómeno perceptivo invita a conceptualizarlo de la misma manera que otros sistemas sensoriales. Cualquier percepción

con base visual o auditiva resulta compleja y condicionada por elementos del contexto y, por supuesto, por mecanismos de selección cognitiva e interpretación de esta experiencia, así como seguida de las posibles conductas orientadas a dar respuestas coherentes con la información obtenida. Ilustraremos esta idea con el siguiente ejemplo:

*Román es un hombre de carácter inquieto, siempre activo y enredado en múltiples ocupaciones de carácter social. Desde hace unos meses un ERE en su potente empresa multinacional le ha obligado a modificar sus turnos de trabajo y, por consiguiente, su estilo de vida. A sus 57 años no le han incluido en la lista de prejubilaciones, lo cual interpreta como una represalia a muchos años de desempeño de labores sindicales. En su empresa de elaboración de productos químicos el ambiente está enrarecido y un compañero del equipo con el que ha tenido diferencias recientemente, ha protagonizado un descuido que provocó el accidente que ha conducido a Román al hospital con el 20 % del cuerpo con quemaduras de segundo grado, junto a la amputación de dos falanges de su mano derecha.*

En el proceso de tratamiento de este paciente en sus diferentes fases (aguda, de curación y rehabilitación), el dolor protagonizará en gran medida el relato sobre su malestar. Al inicio, la administración de analgesia intensa principalmente con opioides y un bajo estado de consciencia, dejará paso a una etapa de mayor malestar con curas molestas, intervenciones quirúrgicas con injertos y cambios posturales, que se asocian con el denominado "dolor procedimental"; seguido por el dolor "de fondo" en los momentos de descanso, en este caso en condiciones de inmovilidad y aislamiento. En las semanas o meses posteriores el dolor puede persistir, especialmente cuando se producen pérdidas de miembros en forma de dolor neuropático y alodinia o acompañando a otro tipo de dificultades físicas incluso preexistentes. Román podría haber sufrido este accidente en otras condiciones: soldando una bicicleta para su nieto en las proximidades de un bidón de disolvente con la tapa deteriorada por el óxido o resbalando a causa de la humedad del invierno mientras bajaba las escaleras con una olla hirviendo para celebrar con su familia la Navidad. ¿La vivencia de su experiencia del dolor sería la misma?

Existen amplias diferencias individuales de origen metabólico a la hora de producir efectos analgésicos con diferentes sustancias, al igual que estilos de personalidad (más inquietos o tranquilos, con más o menos necesidad de acompañamiento social, con más o menos recursos de distracción...). Las respuestas psicoafectivas de ansiedad, fatiga, impotencia, anorexia y estrés agudo modulan la intensidad del dolor. Estos factores pueden tener un efecto tanto en las manifestaciones de dolor como en el comportamiento relacionado, así como condicionar la adaptación hospitalaria. Se ha comprobado que los pacientes con elevados niveles de ansiedad o depresión tienden a referir más dolor "de fondo", en comparación con los pacientes sin dichas quejas. La investigación ha mostrado que los pacientes con síntomas de estrés postraumático (pensamientos recurrentes, elevada ansiedad y dificultades para conciliar el sueño) informan de respuestas significativamente más intensas de dolor durante el tratamiento y presentan un mayor riesgo de pobre adaptación psicológica y de prolongación de sus síntomas. Por ello se destaca la necesidad de incidir sobre el manejo de este síntoma.

En nuestra experiencia tras años de trabajo en este ámbito, la elaboración de las historias, el relato de los acontecimientos y su interpretación juegan un papel determinante en las emociones y el nivel de sufrimiento de los pacientes accidentados, prolongándose incluso más allá de la fase de rehabilitación.

Es bien conocido que el procesamiento de la información no sigue una ruta abajo-arriba desde los objetos del mundo hasta el cerebro, sino que ambos procesos (abajo-arriba y arriba-abajo) coexisten en la selección de las experiencias a percibir y el significado que estas experiencias obtienen, y que derivará en emociones y acciones concretas también dependientes del contexto vital del paciente.

Del mismo modo que puede resultar enormemente molesto y discapacitante el ruido valorado como excesivo e inapropiado de unos vecinos molestos, también una sensación con origen en nuestro sistema sensorial nociceptivo puede convertirse en una percepción que pudiese generar gran malestar y desencadenar comportamientos de gran intensidad y frecuencia. Al igual que con el ruido "excesivo" en el piso de arriba, la eficacia analgésica no se consigue con una reducción del 25% de los

decibelios, sino con una reducción del enfado. Tener en cuenta desde el principio las preocupaciones de los pacientes sobre su situación personal, incluyendo el control del dolor, puede reducir la ansiedad y mejorar la adherencia y el éxito de los tratamientos a largo plazo. Dentro de estos tratamientos psicológicos se han recomendado el entrenamiento en relajación en sus diferentes modalidades, la distracción, la imaginación guiada, y procedimientos de reestructuración cognitiva dirigidos a modificar pensamientos vinculados a la experiencia de dolor.

Sobre este último punto junto al resto de cuestiones que puedan mejorar el confort del paciente, es nuestra intención en este artículo señalar la relevancia de construir una historia coherente, desculpabilizadora y con proyección de futuro que pueda dar un mejor sentido a la experiencia de malestar.

Quizá sea posible alcanzar conjuntamente un relato de desvictimización en el cual, tras años de trabajo responsable y orientado hacia el bienestar de sus compañeros de trabajo, su caso haya servido para mejorar en el futuro las condiciones laborales del resto del personal de la empresa, incluido el "responsable" no in-

tencionado del descuido que ha provocado el accidente y a quien explícitamente le "exculpa" de las consecuencias. Hablar del futuro y generar nuevos planes de vida puede contribuir a desfocalizar la atención sobre la situación actual. Son múltiples las posibilidades para co-construir un nuevo relato que mejore el enfado y resentimiento que a modo de banda sonora ilustra la vivencia (también la del dolor) a lo largo del proceso de recuperación de las lesiones.

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses

**Más información en:**

Esfahlan AJ, Lotfi M, Zamanzadeh V, et al. Burn pain and patients' responses. *Burns*, 2010; 36: 1123-33.

Falder S, Browne A, Edgar D, et al. Core outcomes for adult burn survivors: A clinical overview. *Burns*, 2009; 35: 618-641.

Fordyce WE, Fowler RS y DeLateur B. An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behav Res & Therapy*, 1968; 6: 105-7.

Melzack R y Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 1965; 150(3699).

Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, et al. Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *J Pain Res*, 2007; 8(7): 533-548.

Yuxiang L, Lingjun Z, Lu T, et al. Burn patients' experience of pain management: A qualitative study. *Burns*, 2012; 38: 180-186.