

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LAS UNIDADES DEL DOLOR: CUATRO EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Sonia Tapia Melendo, Berta Sugrañes, Alba Peñarroya, Maika Bakaikoa, Dani Borrell, Ricard Semis.
soniatm@copc.es

Different experiences about psychological interventions with patients who suffer of chronic pain, developed in public clinical units, are exposed in this article. The authors put forward programs for specific work with individuals, couple and family. The interventions follow group and individual formats for educative and therapeutic purposes.

Key words: Chronich pain, clinical units, public hospitals, psychological interventions.

Presentación del equipo

A modo de presentación, diremos de nosotros que partimos de una formación y experiencia como psicoterapeutas constructivistas, sistémicos y humanistas, y que, por diferentes motivos y andaduras hemos llegado al mundo vivencial del dolor con más preguntas que respuestas, y en ello estamos. Como amateurs ansiosos de crecer, y con algunas historias que contar, nos aventuramos ahora en este artículo a compartir con vosotros lo que hemos ido viviendo y comprendiendo y lo que nos ha resultado efectivo para ayudar a “convivir” a las personas con su dolor, un inquilino que se instaló un día en sus vidas y del que no pueden desprenderse.

Nuestro principal objetivo es ayudar a estas personas, a que gestionen de la mejor manera sus procesos psico-afectivos y así su sufrimiento (vivencia subjetiva de un dolor) con los recursos de que disponemos como terapeutas. Además de esto, claro está, pretendemos contribuir a la difícil labor de crear un espacio tanto mental como físico en la concepción del abordaje terapéutico de las enfermedades crónicas, en el que se integre la importancia de la intervención psicológica en los planes de tratamiento públicos.

Con estos ambiciosos objetivos desarrollamos nuestra labor terapéutica desde hace unos años en cuatro hospitales públicos de Barcelona y coordinamos nuestros esfuerzos en el “Grup de Treball del Dolor Crònic” que constituimos en septiembre del 2006 en el Col·legio Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC).

El dolor crónico es definido según la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial que se describe como ocasionada por dicha lesión*” (IASP, 1979) y unos años más tarde añaden “la dualidad del dolor como experiencia fisiológica y psicológica. En este proceso psicológico del organismo depende de la condición subjetiva, por esto sin la conciencia psicológica el dolor no existe” (Strong J. et al, 2001)

En esta definición se observa un gran avance, ya que, a diferencia de todas las anteriores, en ésta aparecen los componentes sensoriales y emocionales a la experiencia del dolor (Miró, 2003). Además, se reconoce que el dolor es una percepción subjetiva y que está representada como una experiencia sensorial compleja, de aquí la importancia de las explicaciones verbales de los pacientes para poder tratarlos (Penzo, 1989).

A través de la conversación terapéutica el paciente se implica en la construcción de cambios en sus creencias y aceptación de la situación.

Paralelamente, las intervenciones psicológicas en grupo han mostrado ser de ayuda a los pacientes afectados de dolor crónico, ya que ayuda a afrontar mejor sus problemas de dolor, ofrece un espacio para compartir problemas y experiencias, disminuir la sensación de aislamiento, entre otros aspectos (Gentry & Owens, 1986).

En los últimos años se ha demostrado que el trabajo psicológico en los problemas de salud, y especialmente en un sufrimiento de larga evolución, es de gran importancia. El abordaje multidisciplinar es uno de los avances más apoyados en los equipos médicos, en donde se intenta tratar al paciente por diferentes aspectos que influyen en su enfermedad. La complejidad de la propia naturaleza del dolor aconseja evaluarlo y tratarlo desde una perspectiva multidisciplinar (Vallejo y Comeche, 1994, citado en Barba Tejedor, 2007).

Los resultados obtenidos hasta la fecha en las diferentes líneas de investigación sobre el tratamiento del dolor crónico apuntan hacia un abordaje del dolor desde una perspectiva multidimensional y bajo un modelo biopsicosocial (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

Se ha demostrado como los factores psicológicos juegan un gran papel en la experiencia del dolor, que ha llevado al desarrollo de diferentes métodos y técnicas psicológicas para su tratamiento (Miró, 2003).

LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y EL TRABAJO DE LA DEMANDA TERAPÉUTICA (Sonia Tapia Melendo).

La principal intervención que se realiza en nuestra unidad son terapias de grupo de 16 sesiones, pero para llegar a tener la muestra hay todo un proceso de selección de candidatos que se realiza mediante entrevistas individuales. Esto es así porque con frecuencia el contexto médico no favorece la elaboración por parte del paciente de una demanda psicológica, tan necesaria para que nuestra acción tenga el efecto el deseado.

El paciente suele acudir a la visita con el psicólogo con una demanda derivada (Villegas, 1996), porque el médico le ha “recomendado” que le iría bien ir al psicólogo de la unidad, o incorporarse a una terapia de grupo psicológica. Pero con frecuencia el paciente no entiende bien que quiere decir esto. No olvidemos que muchas veces, hasta que llegan a ser visitados en una unidad del dolor, que es el servicio más especializado que hay actualmente para el tratamiento del dolor, han pasado por muchos médicos y con frecuencia diagnósticos y pruebas hasta que se ha visto que su dolor no remite y que requiere un abordaje específico, y en este proceso suele transcurrir mucho tiempo. Así que la perspectiva de que sea un psicólogo y no un buen fármaco su tratamiento aparece como una idea muchas veces absurda, ofensiva o desmotivadora.

Por suerte no son sólo estos pacientes los que llegan a la primera visita psicológica. También vemos con frecuencia a los pacientes que llevan tiempo conviviendo con su dolor y atendidos en estas unidades, y que han sido receptores de diferentes tratamientos y que, ahora, toma la opción de una terapia de grupo como un abordaje más, una opción terapéutica interesante que le ofrece su médico. En estos casos, la actitud es más receptiva, aunque la elaboración propia de una demanda sigue siendo casi nula. En estos casos podríamos hablar de una Demanda Derivada (en el sentido de que raramente se hubiera producido sin la indicación de un tercero, en este caso el médico) y tomar una forma Inespecífica o de No Demanda.

El caso es que de los candidatos a intervención psicológica detectados por los médicos de la unidad a los que realmente inician una terapia de grupo hay un escalón importante que requiere un espacio de entrevista individual para hacer, en primer lugar, un trabajo con la demanda y en segundo lugar, una exploración vital y de historia del dolor.

Trabajo de Demanda Terapéutica

La primera parte de la entrevista individual que realizamos con los pacientes, de una hora de duración, se centra en explorar la derivación y las ideas que ha elaborado el paciente sobre la utilidad del abordaje psicológico en su vivencia del dolor.

Aquí nos encontramos con una casuística muy diversa. Algunos pacientes,

como hemos comentado, no han entendido porqué su médico los deriva al psicólogo, ya que por su corta evolución o por el arraigo a la esperanza de curación se encuentran esperando a que les receten la “pastilla milagro” o que encuentren “la causa verdadera de su dolor”, o la “técnica milagrosa” que les cure definitivamente. En estos casos el trabajo motivacional al que se enfrenta el psicólogo es complicado, y hay que valorar hasta que punto puede ser efectivo, teniendo en cuenta las creencias y el funcionamiento psicológico de la persona, y que partimos de una demanda ajena.

En otros casos, la persona presenta una sensibilidad o una conciencia de su funcionamiento psicológico que la hace receptiva a este tipo de ayuda, y encuentra una suerte que se le ofrezca la oportunidad de hacer una terapia de grupo dentro de la red pública con personas que sufren como ellos. Es en estas situaciones donde podemos pasar con más rapidez a profundizar en la historia de vida y de dolor de la persona, para recopilar la información necesaria para generar una alianza terapéutica y un acuerdo sobre los objetivos y metodología que se llevará en la terapia de grupo. Todo ello nos permite establecer un contrato terapéutico que será firmado por ambas partes al finalizar la entrevista en un *consentimiento informado*.

También nos encontramos con personas indecisas, que no se habían planteado hasta esta visita la utilidad del abordaje psicológico para mejorar su vivencia y convivencia con el dolor, pero que no se muestran especialmente reacios a ella. Aquí la entrevista individual puede ayudarles a elaborar y generar una demanda propia, coherente con los objetivos que nos planteamos en la terapia de grupo, y suele resultar con éxito.

Otro perfil habitual es el de personas con un conflicto psicológico antiguo y cronificado, que ven en la derivación la esperanza de resolución de una vieja herida, como la pérdida de un hijo, el duelo no resuelto con un progenitor fallecido, una depresión cronificada, o incluso una vida carente de sentido desde la adolescencia. En estos casos no recomendamos la terapia de grupo ya que está muy focalizada en dotar de recursos psicológicos para la autogestión del dolor y no en realizar un proceso psicoterapéutico en grupo.

Exploración vital y de historia del dolor

Solo en los casos en que se ve viable la incorporación de la persona a la terapia grupal se realiza una exploración más profunda de su historia de vida y como parte de ella, su historia de dolor. El objetivo es conocer y conceder un espacio individual a la persona para reconocerla en su vivencia de vida, en su historia de dolor, y para empezar a construir los lazos de la alianza terapéutica que le den el empuje y la confianza necesaria como para comprometerse en el proceso terapéutico de 16 sesiones.

Los aspectos que intentamos abordar en este breve tiempo de entrevista, y que se registran en una historia semiestructurada elaborada conjuntamente con otros

psicólogos del grupo de trabajo del dolor, tienen que ver con:

- *Datos socio-demográficos generales*: edad, sexo, diagnóstico, fecha de nacimiento, teléfono, sexo, situación laboral, si cobra ayudas económicas, estado civil, hijos, y nivel de estudios. El objetivo de esto tiene que ver con la necesidad de realizar estudios que permitan demostrar la eficacia y utilidad del abordaje psicológico en el tratamiento del dolor crónico.

- *Si está pendiente de litigios o compensaciones económicas*: este es un aspecto importante ya que con frecuencia la persona puede presentar una motivación secundaria para incorporarse al tratamiento psicológico

- *Historia del dolor*: edad y forma de inicio, respuesta a los tratamientos, intensidad y curso del dolor, patrón diario... Consideramos adecuado comenzar la entrevista en profundidad por este aspecto porque conocemos la necesidad de las personas a hablar del sufrimiento actual y sintomático, antes de profundizar en aspectos más relacionales o existenciales de su vida. Esta suele ser una buena puerta de entrada para permitir que el paciente se exprese con libertad y que nos permita conectar con su sufrimiento, dándonos así la llave de acceso a otras vivencias menos relacionadas con su historia de dolor.

- *Observaciones clínicas respecto a los recursos y personalidad*: este es un espacio donde el terapeuta registra aspectos como el soporte social con que cuenta la persona, estrategias generales de afrontamiento de las dificultades, nivel de desarrollo moral y cognitivo de la persona (Villegas, 1993), etc.

- *Resumen de la historia y proyecto vital*: se explora también de manera general las motivaciones principales que han regido la vida de esa persona, los proyectos más importantes de su vida y como estos se han podido ver truncados o dificultados con la aparición del dolor. Consideramos que este aspecto toma una importancia capital, ya que muchas veces el sufrimiento más intenso tiene que ver con la dificultad de mantener la posición existencial que han regido la vida de una persona. En este sentido, son muy frecuentes las historias de mujeres que toda la vida han sido las “fuertes” de su familia, las grandes cuidadoras, las “madres coraje” que podían con todo, y que ahora, el dolor les impone unas limitaciones físicas que les dificulta seguir realizando este rol y su identidad existencial entra en crisis.

- *Línea de la vida y genograma*: en el primero registramos en un formato gráfico los acontecimientos más importantes de la vida de la persona, los sucesos y las crisis más relevantes. En el segundo, exploramos relaciones, estilo vincular, roles, mitos familiares, y posiciones trigeneracionales que nos permitan hacernos una imagen de los legados familiares que forman parte del mundo simbólico de la persona. Todo ello tiene que ver con la posición existencial que adopta y que puede estar viéndose dificultada.

PSICOTERAPIA GRUPAL EN DOLOR CRÓNICO. (Maika Bakaikoa, Dani Borrell, Ricard Semis)

Inicialmente se creó un protocolo basado en el tratamiento psicológico desarrollado por Philips en el Shaughnessy Hospital de Vancouver (Canadá) que se ha ido modificando teniendo en cuenta las demandas presentadas por los pacientes con el propósito de incidir en los temas que les preocupan.

La intervención psicológica se realiza en modo grupal limitada a 12 sesiones para poder acceder al mayor número de pacientes. El objetivo de este protocolo es mejorar el nivel de control activo y autodominio del paciente sobre su dolor con la consiguiente mejora en la calidad de vida, partiendo de expectativas realistas.

Los especialistas médicos determinan la idoneidad de la derivación de los pacientes al tratamiento psicológico y a continuación se realiza una entrevista de evaluación psicológica donde se exploran aspectos como el impacto del dolor en el entorno social, familiar, laboral, emocional, afectivo y una breve descripción cronológica de los acontecimientos vitales y posibles recursos de que ya disponga el paciente; así mismo la realización del cuestionario SCL-90. Con toda esta información y si el paciente no cumple los criterios de exclusión, se decide si es candidato a terapia en grupo y se le ofrece la posibilidad de participar en un grupo.

Criterios de exclusión:

- Falta de control de impulsos (psicosis activa)
- Dolor oncológico
- Disfunción cognitiva que impida acceder a significados simbólicos
- Depresión mayor
- Ausencia de motivación y/o compromiso
- Menores de edad y mayores de 70 años
- Pacientes con clara ganancia secundaria (litigios...)

Cada grupo se completa cuando alcanza el número de 15 participantes, ya que, una vez son convocados hay un número de personas, que por diferentes motivos, no acuden. El número final de asistentes por grupo oscila entre 8 y 12 personas.

Actualmente se está realizando un estudio para comprobar la eficacia del tratamiento psicológico utilizando los cuestionarios:

- *PAIN CATASTROPHIZING SCALE.*
- *PAIN DISABILITY INDEX.*
- *STAXI-2*
- *CAD-R*
- *HAD*
- *WHOQOL*
- *CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN* (desarrollado por el equipo)

Los objetivos a corto plazo son:

- Compresión de la vivencia personal
- Adopción de medidas de cuidado personal tanto físicas como psicológicas

- Aumento de conductas de asertividad
- Mejora de la regulación emocional
- Búsqueda y realización de actividades que les motiven
- Mejora de las relaciones personales (pareja, familia, trabajo, personal sanitario, etc.)

Existen otras opciones para aquellos pacientes que terminan la terapia de grupo y se considera necesaria su continuidad:

- Terapia individual en convenio con el Master de terapia sexual y de pareja de la UB.
- Terapia individual en convenio con el Master en Psicología clínica y psicoterapia de la Blanquerna URL.
- Inclusión en un grupo nuevo de terapia grupal para personas que claramente necesitan consolidar lo aprendido y así lo solicitan.

Las personas asistentes manifiestan de forma frecuente el deseo de aumentar el número de sesiones de la terapia de grupo, aunque la infraestructura del servicio impide por el momento plantearse este cambio. Se realiza un seguimiento de grupo a los 6 y 12 meses. Después de la finalización del grupo, existe la posibilidad de incorporarse a un grupo de autohipnosis, de reciente implementación, para aumentar los recursos de afrontamiento al dolor.

A fin de recopilar información se realiza una gestión documental consistente en:

- Registro de la entrevista:
 - Datos demográficos
 - Historia del dolor
 - Resultados pruebas psicométricas
- Registro de asistencias, incidencias y actuaciones
- Registro de derivaciones a terapia individual
- Estadísticas de los resultados

El resumen del protocolo de intervención psico-educativo grupal en pacientes con dolor crónico es el siguiente:

En la **primera sesión** de grupo, administramos una batería de cuestionarios con el objetivo de determinar los cambios antes y después del tratamiento. Consideramos relevante informar a los pacientes del objetivo de los cuestionarios. Al finalizar la batería de cuestionarios, se presentan los dos psicólogos que dirigirán cada una de las sesiones ofreciendo el encuadre de las mismas:

- Respeto hacia los participantes del grupo
- Confidencialidad ante la información de cada uno de los miembros del grupo
- Compromiso de asistencia a las doce sesiones de terapia
- Implicación activa ante el tratamiento
- Expectativas realistas ante el dolor

Al finalizar la primera sesión, se les hace entrega de un CD de relajación compuesto por una relajación/visualización relacionada con el dolor que deben

escuchar por la mañana y otra relacionada con el descanso que deben escuchar por la noche. Este CD ha sido creado por el equipo y deben escucharlo a lo largo del tratamiento.

También se les proporciona un cuaderno del dolor donde narrar las vivencias asociadas con el dolor.

En la **segunda sesión**, se revisan los contenidos de la primera sesión y se lleva a cabo la presentación individual de cada participante. En ella, exponen aquellos datos que consideran más significativos y que quieran compartir con el grupo. Es importante realizar esta presentación porque favorece la cohesión grupal.

También se realizan ejercicios de respiración y relajación para rebajar los niveles de ansiedad y se comentan los efectos producidos por la escucha del CD durante la semana anterior. Se les recuerda la necesidad de seguir practicando con el CD con el fin de incorporar recursos para aprender a gestionar la ansiedad.

En la **tercera sesión** de grupo, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se ofrece información sobre el dolor desde diferentes perspectivas. Se analiza el círculo del dolor, significado personal y socio-cultural del dolor, así como la relación entre la comprensión del dolor y la reducción de la ansiedad. El objetivo es que puedan comprender su propio dolor favoreciendo la disminución de la ansiedad.

En la **cuarta sesión** de terapia de grupo, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se ofrece información de los Estados del Yo y del Triángulo Dramático de Karpman del Análisis Transaccional, con el fin de que puedan trabajar su modo de comunicarse con los demás e ir desarrollando su asertividad.

En la **quinta sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior y se habla del duelo ocasionado por la salud perdida. El contenido de esta sesión permite empezar a hablar de las emociones básicas (miedo, rabia, tristeza y alegría) que se irán trabajando en las siguientes sesiones.

Las **sesiones sexta, séptima, octava y novena** se inician con una revisión de lo tratado en la sesión anterior y en cada sesión, se trata la emoción básica que está presente en la dinámica del grupo. El objetivo de estas sesiones es ofrecer recursos para una mayor regulación emocional.

En la **décima sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior. Se trabaja sobre el tema de la sexualidad y el dolor crónico. Se ofrece un espacio para poder comentar las dificultades con las que se encuentran en sus relaciones sexuales con la ayuda de un terapeuta sexual y de pareja. Se informa y se practican los ejercicios de Kegel.

Al finalizar, se propone una carta de despedida exponiendo todo aquello que han aprendido en las sesiones de grupo.

En la **onceava sesión**, se revisa lo tratado en la sesión anterior. Cada participante lee su carta de despedida exponiendo aquello que haya sido significativo en su experiencia con la terapia de grupo.

Se ofrece la posibilidad de dar continuidad al trabajo en un contexto de terapia

individual.

En la **doceava sesión**, se administran la batería de tests con el objetivo de medir el cambio producido por el tratamiento.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN DOLOR CRÓNICO. (Berta Sagrañes)

La intervención en psicoterapia en pacientes de dolor crónico empezó en nuestra Unidad en el 2004 dando respuesta a una demanda de los profesionales de la medicina que trabajan con este tipo de patología. Los médicos solicitaban una atención psicológica al paciente con dolor crónico ya que se encontraban a menudo con reacciones emocionales que no sabían cómo gestionar y que estaban relacionadas claramente con las pérdidas que supone convivir con el dolor permanentemente.

Una vez se incorporó al psicólogo en dicha Unidad quedaba pendiente marcarse un objetivo para trabajar el dolor desde una perspectiva psicológica. La demanda médica evidenciaba que el paciente con dolor crónico no tenía bastante con un abordaje biomédico basado en terapias farmacológicas y de aplicación de técnicas fisiológicas; sino que había un vacío en cómo este dolor implicaba una serie de limitaciones físicas que daban lugar a múltiples pérdidas en la vida global de la persona.

Hasta ahora se abordaba el dolor nociocectivo pero ¿qué pasaba con el sufrimiento emocional que suponía la pérdida de la salud? ¿Qué es más limitante, convivir con dolor día a día o aceptar que las expectativas personales y el proyecto de vida que se habían construido poco a poco ya no eran posibles?. Estas pérdidas crónicas implican muchas veces una violación del esquema nuclear de la propia vida tal como dice Neimeyer cuando habla de los procesos de duelo. Se rompen expectativas, anticipaciones y se deja de ver un futuro con posibilidades.

Dando por supuesto que el cuerpo y la mente, o sea la concepción del self, tienen una relación recíproca, la pérdida de la salud repercute directamente en la visión del sí mismo. Si una persona físicamente se encuentra ágil se puede construir como deportista pero si físicamente tiene unas limitaciones que le impiden moverse tanto como quisiera o adoptar posiciones determinadas esta construcción se va invalidando poco a poco ¿qué pasa entonces con la construcción del self cuando una persona tiene una barrera física tan importante?

Al inicio era difícil posicionarse delante del paciente con dolor crónico ya que despierta en el terapeuta sensaciones contradictorias, por una parte pensar que no podrás entender nunca lo que supone vivir con dolor el día a día aunque por otra su actitud pasiva muchas veces afincada en la queja genera en el terapeuta emociones como la impotencia o la frustración. Esta actitud pasiva delante de la propia vida, causada muchas veces por la indefensión aprendida delante de los intentos fracasados para erradicar el dolor, mantiene al paciente en su sufrimiento. Es por esta razón que uno de los objetivos más esenciales que se marcaron desde el inicio fue el responsabilizar al paciente de su propia vida, ¿qué es lo que sí que está en sus

manos?. Una de las grandes dificultades para el terapeuta que trabaja con pacientes con dolor crónico es encontrar el límite entre la empatía y la queja que le confirma en su posición de incapaz. De esta manera tanto el paciente como el terapeuta tendrán que tener muy claro que el objetivo de la terapia

individual no va a ser acabar con el dolor sino ver que puede hacer él para vivir con menos sufrimiento.

Entrevistando a pacientes con dolor crónico iban apareciendo una serie de interrogantes que daban lugar a más dudas que certezas y uno de los objetivos principales para establecer una manera de trabajar con este tipo de pacientes fue detectar las necesidades individuales vigilando no dar por supuesto que el sufrimiento es la consecuencia de tener dolor, sino preguntándose como psicoterapeuta: ¿por qué esta persona vive tan mal el tener dolor? ; ¿qué le supone o qué le ha supuesto en su proyecto vital o en la construcción de sí misma? Preguntas que se basan en la hipótesis que cada persona es única e irrepetible y que si convivir con dolor fuera tan fácil como hacer una readaptación funcional de los hábitos personales no aparecería un sufrimiento tan demoledor.

Una de las cuestiones que ayudaron a plantear esta visión más existencialista o constructivista de la intervención psicológica fueron las afirmaciones de este tipo de pacientes del estilo: “yo no era así”, “ahora no sé cuál es mi lugar” o la ideación suicida no tanto por el dolor nociocectivo sino por el sufrimiento del sin sentido actual de su vida.

Lo expuesto anteriormente conlleva que la persona se enfoque en su dolor y las pérdidas que le han supuesto perdiendo de vista los recursos y construcciones personales que han quedado intactas. La identidad queda constreñida, lo cual se observa a través de la narrativa del sujeto “soy una persona con dolor, que no puede hacer...”, “no asumo que soy un inútil”. Así mismo, uno de los objetivos que se plantearon desde la terapia individual fue ampliar la autodefinición a partir de la pregunta: “¿a parte de una persona con dolor, que más soy?”. Recuperando una visión más global de sí mismo y las bases de su identidad. “¿Cuáles son los recursos que me quedan intactos para seguir mi vida?.

La consecuencia de la crisis de identidad que muchas veces lleva implícita la vivencia del dolor crónico es la lucha entre dos partes de sí mismo, su mente y su cuerpo. Dos entidades que se viven como distintas ya que se reciben mensajes contradictorios de cada uno. Aparece una lucha donde uno se va posicionando en función de la necesidad más fuerte. Dentro de esta realidad se hacen afirmaciones como “el dolor no me va a ganar la lucha”, en el que se vive el cuerpo (el que impone las limitaciones) como enemigo de sí mismo, lo cual dificulta la integración de los límites en la construcción del self y hay una peor vivencia del dolor.

A partir de estas observaciones, la finalidad de la terapia individual tiene relación con dos procesos básicos: el duelo de las pérdidas y la reconstrucción de la identidad y el proyecto de vida el cual integre las limitaciones corporales, en el

que vayan de la mano las necesidades impuestas por el dolor y una visión coherente de sí mismo.

PSICOTERAPIA DE PAREJA EN DOLOR CRÓNICO. (Alba Peñarroya)

Como ya venimos describiendo a lo largo del artículo, el dolor es considerado desde hace más de tres décadas como una experiencia desagradable formada por factores tanto físicos como emocionales. Este proceso ha sido lento; los cambios se han ido produciendo a medida que los equipos dedicados a tratar a los pacientes con dolor crónico, normalmente anestesiólogos, se han ampliado con profesionales de otras especialidades como médicos de familiar, farmacéuticos, psicólogos, terapias ocupacionales, psiquiatras etc. que han aportado visiones diversas al abordaje de estos pacientes.

El papel del psicólogo dentro de una Unidad de dolor tiene diferentes funciones además de la intervención psicológica. Se pueden definir en grandes rasgos como mediadores entre los pacientes, la familia y el equipo médico, y también en algunos casos muy determinados cumplen la función de evaluadores, por ejemplo antes de practicar técnicas intervencionistas, siguiendo los criterios de exclusión más adecuados.

La intervención psicológica en el ámbito concreto del dolor, por excelencia, se basa en la Terapia Cognitivo-Conductual, pero desde hace unos años se han puesto en práctica otras líneas de trabajo como la terapia de familia.

El equipo de psicólogos de esta unidad se basó en la hipótesis de que el sistema que forma la familia, o la pareja, se ve modificado en el momento en que aparece cualquier enfermedad, y más cuando es durante un período largo de tiempo.

Siguiendo esta línea de trabajo, se contempla la pareja como una unidad en la que el paciente y su cónyuge afrontan un proceso de duelo por la pérdida de la normalidad, de las expectativas y por el abandono de proyectos conjuntos de futuro. Por ello tendrán que aceptar que la relación nunca volverá a ser igual.

El proceso en que se ven envueltos todos los miembros de la familia puede ser diferente en forma y tiempo, cada uno de tendrá su ritmo de asimilación y de aceptación. Esto puede llevar al aumento de tensión o estrés tanto del paciente como de la familia, incluso a la aparición de sentimientos de incompreensión en forma de crítica o hostilidad similar al fenómeno descrito por Wortman y Conway (1985) o a veces en forma de sobreprotección, como lo describen Anderson, Reiss, Hogarty, (1986), “tendencia a suplir a alguien cuando esta enfermo, hasta que la independencia del paciente se ve amenazada o cuando la sobreprotección se ofrece en un contexto de alto clima emocional”, y observado también por Curtona (1996).

Los sentimientos que acompañan a este proceso son diferentes para cada miembro de la pareja, el paciente se identifica como el “enfermo e incapacitado”, lo que le provoca rabia, culpa y resentimiento, y al cabo del tiempo la dependencia de la pareja, que puede conducir al sentimiento de miedo al abandono. En cambio,

el cónyuge, se posiciona en el rol de cuidador y según los recursos y energía que dedique a esta función aparecerá la sensación de *burn out*, acompañada de otros sentimientos como la rabia hacia el paciente, la ansiedad e incluso la falta de comunicación.

Al iniciar una intervención psicológica con la pareja se debe tener en cuenta el momento en el que se encuentra cada uno de sus miembros y describir detalladamente el motivo de consulta.

En el caso que los miembros de la pareja demanden un espacio de comunicación para expresar sus sentimientos, experiencias y temores, se les proporcionarán técnicas adecuadas de comunicación efectiva. Frecuentemente, la demanda esta dirigida a áreas de la pareja que se han visto relegadas a un segundo plano a lo largo de la evolución del dolor, por ejemplo, las relaciones sexuales, el aislamiento social, los problemas económicos, etc.

En otros casos, los roles pueden llevar a influir de forma negativa en la relación, habrá que trabajar la posición del cónyuge frente a la enfermedad cuando éste se comporta como un elemento externo. Se recomienda ampliar actividades conjuntas de ocio en los momentos de disminución del dolor y compartir espacios comunes donde no haya elementos que recuerden la enfermedad.

La relación de pareja descrita como una transacción de beneficios y costes resulta muy poco beneficiosa tanto para el paciente como para el cónyuge. Se intentará connotar positivamente lo que cada uno aporta a la relación.

Los problemas de relación previos a la aparición del dolor que presentan algunas parejas, pueden verse aplazados por la nueva situación. En esta situación el profesional puede ayudar a la pareja a observar cuáles son sus recursos actuales para hacer frente a los demás problemas de la relación.

Finalmente hay que entender que en situaciones difíciles como es el dolor crónico, la pareja se vea envuelta en un proceso que distorsiona su relación. Toda maniobra terapéutica debe ir dirigida al objetivo de clarificar sus posiciones y sentimientos para conseguir un afrontamiento efectivo del problema.

En el presente artículo se pretende dar una visión de la actividad que desarrolla el psicólogo dentro de las unidades del dolor, que en ningún caso pretende ser exhaustiva sino simplemente un modo de compartir con el lector nuestra experiencia en el trabajo con personas que sufren dolor crónico y que son atendidas en las unidades especializadas en diferentes hospitales de la red pública. Presentamos diferentes líneas de intervención psicológica en personas que padecen de dolor crónico abarcando aspectos como: evaluación psicológica, terapia individual, terapia de pareja y terapia de grupo.

Palabras clave: Dolor crónico, unidades del dolor, intervención psicológica.

Nota sobre los autores y los centros:

Sonia Tapia Melendo. soniatm@copc.es

(Hospital de Bellvitge)

Berta Sugrañes. berta_sugranyes@hotmail.com

(Hospital de la Vall d'Hebron)

Alba Peñarroya. albabaulies@yahoo.es

(Hospital Comarcal (Provincial) Clínic)

Maika Bakaikoa. maikabakaikoa@gmail.com;

Dani Borrell. daniborrell@hotmail.com

Ricard Semis. rsemis@telefonica.net

(Hospital Universitari Germans Trias i Pujol)

Victoria Fernandez. mvictoriafp@blanquerna.url.es

Referencias Bibliográficas:

BARBA TEJEDOR DA. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. Plan maestro en abordaje integral del Dolor. Madrid: ED You & You.

CAUDILL M. (1995). Controle el dolor antes que el dolor le controle a usted. Barcelona: Paidós.

GENTRY WD, OWENS D. (1986). *Pain groups*. Pain management: a handbook of psychological approaches. Holzman AD, Turk DC. ED. Pergamons, pp100-112.

IASP. (1979). Asociación Internacional del Estudio del Dolor. 1994. p 210.

MIRÓ J. (2003). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

NEIMEYER R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

PENZO W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona: Martínez Roca..

PHILIPS HC. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide.

SOUCASE B, MONSALVE V, SORIANO JF. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 12:8-16.

VALLEJO, MA, COMECHE MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Ed. Fundación Universidad y Empresa.

VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.

VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-88.