

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 70

Lecciones de Gerontología

Coordinadores: Ignacio Montorio Cerrato, Gema Pérez Rojo

XII. Dolor y envejecimiento

Autor: López López, Almudena; Velasco Furlong, Lilian

Filiación: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud

Contacto: almudena.lopez@urjc.es

Fecha de creación: 08-01-2007

Para citar este documento:

LÓPEZ LÓPEZ, Almudena; VELASCO FURLONG, Lilian (2007). "Dolor y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 70. Lecciones de Gerontología, XII [Fecha de publicación: 10/01/2007].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-dolor-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



Dolor y envejecimiento

Índice

	Pág.
Presentación del capítulo	3
Objetivos	3
1. Acercamiento al estudio del dolor	3
2. Percepción del dolor en las personas mayores	4
3. Factores psicológicos en la experiencia de dolor en las personas mayores	6
3.1. Afrontamiento al dolor	6
3.2. Creencias y conductas de dolor	8
3.2. Depresión y dolor	9
4. Consecuencias del dolor en las personas mayores	10
5. Evaluación del dolor en las personas mayores	11
5.1. Contenidos de la evaluación	11
5.2. Orientaciones a la evaluación	13
6. Tratamiento psicológico del dolor en las personas mayores	13
6.1. Tratamiento cognitivo-conductual	13
6.2. Biofeedback	15
6.3. Hipnosis	15
7. Recomendaciones para personas que sufren dolor y sus familiares	15
Conclusiones	17
Lecturas recomendadas	18
Referencias bibliográficas	19

Presentación del capítulo

Actualmente, un amplio porcentaje de la población mayor de 65 años sufre al menos una vez en su vida una o más enfermedades crónicas que predisponen a experimentar dolor. La experiencia de dolor, en especial el dolor crónico, se caracteriza por su multidimensionalidad, esto es, se compone de elementos tanto sensoriales como afectivos y cognitivos. Estos hechos hacen que su abordaje desde la psicología sea no sólo importante sino imprescindible para llevar a cabo un adecuado proceso de evaluación y tratamiento.

Objetivos

Revisar brevemente las nociones fundamentales en el estudio del dolor crónico. Analizar las características diferenciales en la percepción del dolor en las personas de edad avanzada. Revisar el papel de las distintas variables psicológicas en la experiencia de dolor. Conocer cómo llevar a cabo un correcto proceso de evaluación. Conocer someramente las técnicas principales de tratamiento psicológico del dolor en las personas mayores. Proporcionar una serie de recomendaciones para aquellas personas mayores que experimentan dolor crónico y sus familiares.

1. Acercamiento al estudio del dolor crónico.

En el estudio del dolor se parte inicialmente de un esquema de explicación simple que ayuda a comprender la mayoría de los casos de dolor. En estos primeros modelos, denominados lineales, el dolor es considerado una sensación directamente relacionada y proporcional con un daño tisular concreto. Con la aparición de anomalías y excepciones, estos modelos se muestran ineficaces para

explicar los fenómenos observados, surgiendo así nuevos modelos multidimensionales. El primero de los modelos multidimensionales es el Modelo del Control de la Puerta, desarrollado por Melzack y Casey en 1968. Se trata de un modelo que propone un mecanismo fisiológico de modulación del dolor que actúa como una puerta que deja pasar o impide el paso de los impulsos nerviosos de los nociceptores hacia los centros superiores. Según el modelo de la puerta, existirían tres dimensiones en la experiencia de dolor: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Posteriormente este y otros modelos fueron evolucionando y dando protagonismo a los aspectos psicosociales. De este modo se llega a la concepción multidimensional del dolor que se mantiene en la actualidad, en la que tanto los factores sensoriales como los afectivos, cognitivos y socioculturales son elementos fundamentales en la experiencia de dolor. Estos elementos cobran especial relevancia en el dolor crónico, que puede definirse como aquel cuya duración persiste más allá de lo que sería esperable según su curso normal de recuperación, se mantiene por largos periodos de tiempo y no responde a los tratamientos médicos habituales.

2. Percepción del dolor en las personas mayores.

Para determinar en qué medida la experiencia de dolor es diferente en las personas mayores respecto de las jóvenes, se deben repasar los datos procedentes tanto de estudios sobre dolor experimental, aquel producido en laboratorio, como clínico, aquel secundario a una patología aguda o un proceso crónico.

Uno de los objetivos de los estudios de laboratorio es tratar de determinar si existe evidencia experimental que confirme la existencia de hipoalgesia en la edad avanzada, definida como una respuesta reducida ante estímulos normalmente dolorosos. Parece que una hipoalgesia generalizada en esta población, que podría denominarse presbialgia, es poco probable según los datos procedentes de la literatura, a pesar de haberse encontrado umbrales de detección de dolor mayores en personas mayores utilizando estimulación térmica (Harkins, 1996). Por otra parte,

existe evidencia de una actitud más conservadora en la persona mayor a la hora de etiquetar como doloroso un estímulo, si bien esta actitud no da cuenta de todas las diferencias observadas entre jóvenes y mayores. Para explicar estas diferencias se han propuesto distintos mecanismos, como un enlentecimiento del procesamiento de la información dolorosa (Gibson, Corban y Helme, 1991) o la existencia de factores psicológicos como la ansiedad o una “actitud de cautela” en la explicación de las diferencias en la percepción de dolor entre jóvenes y mayores (Harkins, Price y Martelli, 1986).

Por otro lado, diversos trabajos han centrado su interés en la determinación de diferencias debidas a la edad en la intensidad y cualidad del dolor clínico, tanto de carácter agudo como crónico. Tomados en conjunto, estos trabajos señalan una menor aparición de sintomatología dolorosa asociada a cuadros patológicos agudos en las personas mayores, así como diferencias cualitativas, en el dolor agudo postquirúrgico y en el dolor crónico. En las personas mayores el dolor agudo, cuando es informado, es probable que tenga una presentación atípica de modo que algunas condiciones patológicas de cierta gravedad pueden producir en la persona mayor sólo cambios comportamentales tales como confusión o agitación, o síntomas inespecíficos como fatiga o anorexia (Ambepitiya, Iyengar y Roberts, 1993).

En cuanto a los estudios epidemiológicos, mientras algunos señalan un aumento en la frecuencia del dolor según avanza la edad, otros indican un descenso en la frecuencia del dolor asociado a la edad, oscilando los valores de prevalencia entre el 22% y el 88%. Parece que la prevalencia del dolor crónico en las personas mayores depende del tipo de dolor investigado y su localización. Distintos trabajos informan de menores frecuencias de dolor en las personas mayores en cefaleas, dolor de nuca, dolor de espalda, dolor en pecho y estómago, dolor dental y dolor muscular, siendo la excepción a esta regla el dolor de tipo articular, para el que se encuentran frecuencias más elevadas en la población mayor (Bijlsma, 2002).

3. Factores psicológicos en la experiencia de dolor en las personas mayores

Dado su carácter multidimensional, la experiencia de dolor se ve afectada tanto por la interacción de los factores cognitivos, afectivos y sensitivos de dicha experiencia como por otros factores psicológicos y contextuales. Distintos estudios demuestran que los factores psicológicos son mejores predictores de distintas medidas de adaptación al dolor que la magnitud del daño patofisiológico o la intensidad de dolor (Murphy et al, 1999). El modo como el individuo afronte el dolor, determinados tipos de creencias y factores como el estado de ánimo o el estrés pueden modificar la experiencia de dolor en todas sus dimensiones.

3.1. Afrontamiento al dolor

En cuanto a las diferencias en el uso de distintas estrategias de afrontamiento entre jóvenes y mayores, si bien algunos trabajos señalan una menor utilización de estrategias cognitivas en las personas de más edad (Sorkin, Rudy, Hanlon, Turk y Stieg, 1990) otros trabajos no encuentran diferencia alguna en el tipo y frecuencia de las estrategias utilizadas (Williamson y Schulz, 1995).

Respecto al papel del afrontamiento en la experiencia de dolor, un estilo de afrontamiento pasivo se relaciona con mayor intensidad de dolor, peor ajuste psicológico, ansiedad, depresión, baja autoestima y peor funcionamiento físico (Turner, Jensen y Romano, 2000). Un estilo de afrontamiento activo se relaciona con menor intensidad de dolor y mejor ajuste emocional (Brown, Nicassio y Waltson, 1989). Algunos autores sugieren que en las personas mayores y en circunstancias especiales, donde el evento a afrontar es incontrolable, la utilización de estrategias activas basadas en la solución del problema es a menudo inefectiva, y un estilo de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción puede resultar beneficioso (Melding, 1995). En este sentido, algunos trabajos han puesto de manifiesto que estrategias

como la negación del dolor, tradicionalmente considerada inadaptativa, resultan adaptativas en el caso de las personas mayores (López, 2005).

En cuanto al estudio de las estrategias concretas de afrontamiento, una de las estrategias más estudiadas es la utilización de reacciones catastrofistas ante el dolor, que se relaciona con mayor discapacidad funcional, altos niveles de intensidad de dolor, mayores tasas de problemas psicológicos y peores resultados tras el tratamiento (Jensen, Turner y Romano, 2001). Otra estrategia que ha demostrado ser poco adaptativa es la estrategia de rezo (Turner, Dworkin, Mancl, Huggins y Truelove, 2001). Estrategias adaptativas parecen ser el uso de la distracción cuyo uso se ha vinculado mayor bienestar psicológico y menor intensidad de dolor e interferencia en las actividades cotidianas (Turner et al, 2001) y el empleo de autoafirmaciones positivas que se relaciona con menor depresión y menor malestar psicológico (Turner, Jensen, Warmis y Cardenas, 2002). Para otras estrategias los resultados de los estudios son poco concluyentes, resultando adaptativas en ocasiones y poco adaptativas en otras. Tal es el caso de la estrategia de reinterpretación de la sensación dolorosa (por otra sensación menos aversiva) para la que se ha encontrado relación con un mayor malestar psicológico en algunos trabajos (Turner et al, 2002), si bien otros estudios no hayan relación alguna entre esta estrategia y la adaptación emocional ni funcional (Turner et al, 2001). Para la estrategia de ignorar el dolor los resultados son también poco concluyentes. Algunos trabajos relacionan su utilización con menor discapacidad y menor depresión (López, 2005; Turner et al, 2000) mientras otros lo asocian a mayor malestar psicológico y no encuentra asociación alguna con la discapacidad (Turner et al, 2002).

3.2. Creencias y conductas de dolor

Respecto a las diferencias entre individuos jóvenes y mayores, no parecen existir diferencias en el tipo de creencias sobre el dolor exhibidas por ambos grupos de edad (Strong, Ashton y Chant, 1992). Parece que las creencias negativas sobre el dolor y sobre la enfermedad se relacionan con mayor intensidad de dolor, peor afrontamiento, más discapacidad física y depresión en las personas con dolor crónico (Turner et al, 2000). En general, los resultados de los distintos trabajos

encontrados indican que determinadas creencias como la visión del dolor como un misterio, la creencia en que el dolor implica necesariamente daño físico y la creencia en que el dolor implica necesariamente estar discapacitado se relacionan con mayor discapacidad física, mayor intensidad de dolor (Jensen et al, 2001) y mayor interferencia del dolor en las actividades cotidianas y mayor depresión (Turner et al, 2001). En cuanto a las creencias de autoeficacia para el control del dolor han resultado ser un buen predictor de la adaptación física y psicológica, relacionándose una mayor autoeficacia con menor depresión, mayor ajuste psicológico, mejor funcionamiento físico y menor intensidad de dolor en personas jóvenes y mayores (Gibson y Helme, 2000). La autoeficacia para la realización de actividades también ha sido estudiada en relación al dolor, encontrándose relación entre una mayor autoeficacia y mayor uso del afrontamiento activo (Jensen et al, 2001).

En lo referente a las conductas de dolor, parece, que la exhibición de un mayor número de conductas de dolor se relaciona con mayor discapacidad y mayor intensidad de dolor en personas mayores (Dickens, Jayson y Creed, 2002). La conducta de dolor más analizada en la literatura es la conducta de evitación de la actividad, la cual se relaciona con mayor intensidad de dolor (Endler et al, 2003).

3.3. Depresión y dolor

Los estudios realizados con personas jóvenes que padecen dolor crónico han puesto de manifiesto la existencia de una asociación entre el padecimiento de dolor y la existencia de depresión (Geerlings, Twisk, Beekman, Deeg y Vantilburg, 2002). Distintos autores han propuesto diversos modelos para explicar la relación dolor depresión, así como se han establecido diferentes hipótesis a cerca de la relación temporal entre el dolor y la depresión. Algunos investigadores apoyan la idea de que la depresión es producto de la existencia de dolor (Geerlings et al, 2002), otros mantienen que el dolor es consecuencia de la existencia de problemas depresivos (Sullivan, Rodgers y Kirsch, 2001) y otros sostienen que el dolor es una expresión del trastorno depresivo (Romano y Turner, 1985). Las tres hipótesis cuentan con cierta evidencia empírica y hoy día se apuesta por modelos integradores que admitan el papel del dolor como elemento que influyen en el desarrollo de

sintomatología depresiva así como la influencia de la depresión en la experiencia de dolor y su exacerbación. Por otra parte, se han formulado modelos a cerca de las variables que están en la base de la relación entre la existencia de dolor crónico y el ánimo depresivo. Cada uno de estos modelos se ve apoyado por estudios de investigación diversos realizados en jóvenes y mayores, debiéndose pensar por tanto que no tiene porqué tratarse de modelos mutuamente excluyentes. Los modelos basados en la existencia de una mayor tasa de distorsiones cognitivas en las personas con depresión se basan en el modelo de Beck sobre la depresión (Beck, 1976). Los modelos basados en la indefensión aprendida parten de la idea de que el dolor como experiencia aversiva incontrolable provocará sentimientos de indefensión que llevarán al estado depresivo. Ampliamente relacionado con estos modelos encontramos el modelo de desesperanza (Abramson, Alloy y Metalsky, 1989) según el cual la culpabilidad, la baja autoestima y la autoculpa no son componentes necesarios en la depresión en las personas con dolor (tal y como sucedería en la población general), sino que ésta es producto de la percepción del sujeto de que los resultados que desea es poco probable que ocurran sumada a la percepción de inhabilidad para modificar los resultados no deseados. Los modelos conductuales (Fordyce, 1976) suponen que la depresión en los individuos con dolor crónico responde a una disminución de la tasa de refuerzos positivos debido al dolor. Por último, el modelo de diátesis-estrés aplicado al dolor (Banks y Kerns, 1996) propone la interacción de factores de vulnerabilidad, como los esquemas cognitivos desadaptativos o los estilos atribucionales inadecuados y factores de estrés constituidos por los cambios que el dolor provoca y por la experiencia aversiva de dolor.

4. Consecuencias del dolor en las personas mayores

Desde una perspectiva psicológica, existen numerosos problemas, descritos por distintos autores, que están presentes en los cuadros de dolor crónico y pueden afectar tanto a la población adulta como a las personas mayores (Bennet, Stewart, Kayser-Jones, Glasser, 2002). De entre estos problemas, los más relevantes pueden resumirse en: percepción de fracaso terapéutico profesional y auto-controlado por el

paciente; desconfianza en encontrar un remedio al problema de dolor; información confusa y ambigua sobre el cuadro clínico con dificultad de discriminar sus distintos elementos; disminución del nivel de actividad física y aumento excesivo del reposo; abuso de consumo de analgésicos, narcóticos y psicofármacos, con riesgo de dependencia; trastornos de sueño; alteraciones del estado de ánimo y el humor; deficiencias funcionales; falta de habilidad por falta de aplicación y disminución de la ejecución; deterioro de las habilidades sociales y comunicativas, apareciendo un predominio de repertorios relacionados con el dolor en las relaciones sociales; ausencia de conductas alternativas a las conductas de dolor; ambiente natural empobrecido con reducción del refuerzo proveniente las actividades cotidianas o de ocio; modificaciones en el ambiente familiar, con relaciones basadas en el cuidado del paciente o en torno a las conductas de dolor; y falta de autonomía, lo que puede ocasionar también disminución de la autoestima. Como consecuencia de todo ello, el dolor y la discapacidad limitan la habilidad del individuo para mantener sus intereses, actividades y relaciones sociales comprometiendo a largo plazo su bienestar emocional y su calidad de vida.

5. Evaluación del dolor en las personas mayores.

5.1. Contenidos de la evaluación.

Una correcta evaluación debe comprender tanto aspectos biomédicos, como psicológicos y socioambientales. Los aspectos biomédicos comprenderán las condiciones biológicas provocadoras de dolor, otras patologías orgánicas coexistentes y un examen físico, neurológico y sensorial. Las variables psicológicas incluyen aquellas que han demostrado su importancia en la experiencia de dolor. Siguiendo distintas revisiones sobre el tema (Izal, López y Montorio, 1999) los puntos clave de la evaluación del dolor crónico en la persona mayor serán:

- Estatus psicosocial: edad, sexo, nivel cultural y apoyo social.
- Caracterización del dolor: duración, frecuencia, intensidad, localización y calidad

del dolor.

- Historia del problema: evolución del problema de dolor desde sus inicios, los tratamientos previos a los que se ha sometido el paciente y las características personales de éste.
- Análisis funcional: delimitar las relaciones funcionales entre los cambios ambientales y personales (comportamentales y cognitivos) y los cambios en el dolor. Se evalúa su aparición, aumento o disminución ante situaciones concretas, actuación de otras personas, actividades, cambios de humor o pensamientos del paciente. Se analizará igualmente la relación entre el dolor y la tensión-relajación.
- Creencias acerca del dolor como fenómeno y de su carácter incapacitante. Explorar la creencia de la persona mayor sobre la relación entre el dolor y la edad, y el carácter “inevitable” del dolor en la edad avanzada. La exploración de estas creencias es de especial importancia en la persona mayor, debido a la mayor sensibilidad de ésta a las diferencias de cohorte o generacionales en las creencias sobre el dolor, sobre el afrontamiento o lo apropiado de los tratamientos prescritos que afectarán a las conductas y a la apertura al cambio (Cook y Roy, 1995).
- Fenómenos de anticipación del dolor y efecto de la atención sobre el aumento o disminución del dolor.
- Percepción de control por el paciente.
- Habilidades de afrontamiento tanto para el control del dolor como para las situaciones problema vinculadas a éste, así como la eficacia que para el sujeto tienen las estrategias empleadas.
- Conductas de dolor: aspectos verbales y no verbales de la conducta del individuo socialmente indicativos de dolor. Se evalúan las respuestas de los otros cercanos ante tales conductas.
- Interferencia del dolor en las actividades cotidianas y en el estilo de vida. Problemas de incapacitación o invalidez, actividades suprimidas a causa del dolor, actividades que le gustaría realizar si no sufriera dolor y cambios provocados por el dolor en la actividad de la pareja o de la persona más allegada.
- Impacto del problema de dolor en la adaptación futura del paciente.
- Capacidad funcional del mayor, independientemente de la disfuncionalidad originada por el dolor.

- Función cortical y memoria. Su evaluación resulta imprescindible ya que su deterioro puede influir en el autoinforme de dolor.
- Activación emocional: nivel de activación emocional del paciente y su relación con los cambios en el dolor. Evaluar la expresión de emociones por el paciente.
- Existencia de sintomatología depresiva y/o cuadros de ansiedad.
- Consumo de fármacos, tanto analgésicos como de otra índole.
- Aspectos no problemáticos del comportamiento del paciente que informen sobre su capacidad y recursos de adaptación y afrontamiento generales

5.2. Orientaciones a la evaluación

En la clínica las técnicas utilizadas para la evaluación del dolor en la población joven pueden ser aplicables a la población mayor si la persona mayor no sufre ninguna limitación cognitiva. Un problema que puede surgir es la dificultad en obtener del paciente una historia exacta del problema de dolor, que puede ser debida tanto a fallos en la memoria del paciente como a ciertas dificultades sensoriales, depresión o a una tendencia a no informar de muchos de los síntomas dolorosos por la creencia de que el dolor está inevitablemente asociado a la edad y a sus trastornos. Para prevenir dificultades lo mejor será tener en cuenta las pautas fundamentales a seguir en todo proceso de evaluación general con la población de más edad. Para ello pueden seguirse las revisiones y estudios de diferentes autores (p.ej. Montorio e Izal, 1999). Por otra parte, debido a la posible inexactitud del informe es recomendable obtener información de otras fuentes como los cuidadores o la familia. También es importante prestar atención a los cambios repentinos en el carácter del dolor, pues pueden indicar una nueva patología o daño no informado por el individuo. Así mismo, deberemos evaluar cuidadosamente para evitar que, en pacientes con distintas enfermedades concurrentes, atribuyamos un nuevo dolor a un problema crónico ya existente. Las lesiones debidas a trauma o a otro tipo de artritis agudas pueden pasar fácilmente desapercibidas de esta forma. Por otra parte, la evaluación de un mismo aspecto debe realizarse mediante distintos procedimientos, cruzando o confirmando así la información obtenida.

6. Tratamiento del dolor en las personas mayores.

El objetivo general de tratamiento es la normalización y mejora de la vida del paciente. El tratamiento debe pues enmarcarse en una perspectiva biopsicosocial en la que el propio paciente aprenda a autocontrolar su dolor tomando un papel activo en todo el proceso. Los programas multidisciplinares han demostrado su utilidad en el tratamiento de personas mayores con dolor crónico y dentro de éstos el abordaje cognitivo-conductual se ha mostrado altamente eficaz (Jensen et al, 2001).

6.1. Tratamiento cognitivo-conductual

El acercamiento cognitivo-conductual combina los procedimientos cognitivos y las técnicas conductuales. Este tratamiento trata de cambiar las conductas de dolor retirando los refuerzos de las conductas desadaptadas y reforzando las adaptadas, así como suprimir las conductas de evitación, modificar los pensamientos negativos sustituyéndolos por otros positivos y entrenar las habilidades de afrontamiento al dolor del individuo. La relajación, las técnicas de control del foco atencional, la reestructuración cognitiva o el uso de autoinstrucciones son algunas de las técnicas empleadas. Uno de los puntos fundamentales hoy día de los tratamientos cognitivo conductuales es la mejora de la autoeficacia percibida por el individuo para controlar su dolor, siendo el aumento en la confianza en las propias capacidades parte fundamental del proceso terapéutico médico y psicosocial. El objetivo no es sólo un mejor control del dolor en sí, sino que se trata de restablecer la conducta del paciente en todos los terrenos. Se normalizan los patrones de sueño y actividad, las medicaciones no esenciales se suprimen gradualmente y se procura una adaptación del paciente a nivel global.

El tratamiento cognitivo-conductual se ha probado eficaz en distintas investigaciones obteniéndose mejoras en el estado de ánimo, disminución de la

intensidad habitual del dolor y aumento de la funcionalidad (Jensen, Turner y Romano, 2001).

6.2. Biofeedback

La aplicación fundamental del biofeedback en el campo del dolor crónico es la disminución de la excesiva activación y tensión muscular. El biofeedback-EEG de ritmo alfa parte del supuesto de que dicho ritmo es incompatible con el dolor. En el biofeedback electromiográfico el paciente aprende a controlar el grado de contracción-relajación de sus músculos, aprendiendo a relajar un grupo de músculos y a conseguir una relajación general.

6.3. Hipnosis

El uso de la hipnosis se ha demostrado eficaz tanto en el dolor agudo como en el crónico (Saxon, 1991). Existen distintos métodos hipnóticos en el tratamiento del dolor como por ejemplo: alterar la percepción del dolor y reducir el área; producir analgesia y anestesia; sacar el dolor fuera del cuerpo; alterar la percepción del tiempo; sugestionarse para olvidar períodos de dolor intenso y recordar experiencias agradables o sugestión de que el dolor es menos importante y restrictivo para el paciente.

7. Recomendaciones para personas mayores que sufren dolor crónico y sus familiares.

A continuación se señalan una serie de recomendaciones que pueden resultar de utilidad a aquellas personas que padecen trastornos que cursan con dolor y sus familiares:

1. Cuando el dolor aparece o se mantiene por un periodo de tiempo superior al habitual, acudir siempre a un profesional de la medicina para un adecuado chequeo. No dar por supuesto que es causa inevitable de la edad o que es síntoma de una patología ya existente. Prestar atención a los cambios repentinos en el carácter del dolor, pues pueden indicar una nueva patología o daño.
2. Si aparece agitación, nerviosismo, agresividad u otros cambios de conducta en una persona mayor, con o sin demencia, evaluar la posible presencia de dolor. En el caso de las personas con deterioro cognitivo ésta será la única forma, en muchas ocasiones, de “darnos cuenta” de que padece dolor.
3. Una vez comenzado el proceso de evaluación y tratamiento solicitar que éste comprenda todas las dimensiones del dolor. Recordar que factores como el estado de ánimo o las creencias influyen en la experiencia de dolor y que su adecuada evaluación y tratamiento puede mejorar grandemente la calidad de vida del individuo y su familia
4. Si se padece dolor procurar no evitar sistemáticamente todas las actividades por el miedo a sentir dolor. Realizar una selección de actividades procurando optimizar los recursos físicos de que se dispone, es decir “dosificando las fuerzas” con el fin de mantener una serie de actividades placenteras con un adecuado nivel de competencia.
5. Utilizar aquellas herramientas sociales, físicas y cognitivas que ayuden a manejar el dolor y las situaciones asociadas: ayuda de familiares y amigos, uso de ayudas técnicas, uso correcto de medicamentos, utilización de estrategias adaptativas de afrontamiento cognitivo, etc. La utilidad de las estrategias debe ser explorada por usted mismo, llegando a tener su propia cantera de estrategias útiles.
6. Recuerde que las reacciones catastróficas no le ayudarán, más aún, aumentarán su dolor y su incapacidad.
7. Recuerde que exhibir un elevado número de conductas de dolor no es adecuado para usted. Hará que focalice más su atención en el problema de dolor y provocará, que sus relaciones sociales giren en torno al tema del dolor, con el consiguiente deterioro de las mismas.
8. Si tiene un familiar con dolor procure combinar una actitud empática, haciéndole ver que su dolor le preocupa e interesa, con la extinción de las conductas de

dolor excesivas, no reforzando ni prestando atención a excesivas demandas ni permitiendo que la vida familiar y las conversaciones giren en torno al dolor.

9. Si tiene un familiar con dolor recuerde que el hecho de que las creencias, estilo de afrontamiento y comportamiento que su familiar exhiba hagan que su dolor mejore o empeore no quiere decir que su familiar “se invente el dolor” o que “le duela porque quiere”. En muchas ocasiones, la persona que lo padece desconoce la mejor forma de manejar su dolor, ayúdele a encontrarla.

Conclusiones

Desde una perspectiva biopsicosocial ningún factor por si solo, ya sea físico o de naturaleza psicológica, puede explicar la experiencia de dolor crónico adecuadamente, existiendo una interacción recíproca y dinámica entre los factores fisiológicos y los psicológicos y socioculturales. En las personas de edad avanzada, el dolor es causa no sólo de malestar físico sino también frecuentemente de discapacidad funcional, bajo nivel de actividad y malestar emocional. En el tratamiento del dolor crónico los métodos y recursos derivados del modelo biológico-médico no son suficientes siendo necesario por tanto un abordaje multidisciplinar.

Lecturas recomendadas

Izal, M., López, A. y Montorio, I. (1999). Evaluación e intervención en problemas de dolor crónico. En I. Montorio y M. Izal (eds) *Intervención Psicológica en la Vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid. Síntesis.

Este capítulo presenta una visión general sobre el problema de dolor crónico en la vejez desde el punto de vista de la psicología cognitivo-conductual. Hace un repaso a las principales teorías sobre el dolor, analiza la importancia del dolor crónico en la población mayor, su prevalencia, causas comunes y consecuencias y describe las principales técnicas de evaluación y tratamiento para este grupo de edad.

Miró, J. (2003). Dolor Crónico. *Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao. Descleé de Brouwer

Se trata de un libro que repasa con bastante rigor y un lenguaje accesible los principales tópicos del estudio y tratamiento del dolor crónico, en la población general, desde la psicología. Contiene capítulos dedicados a las teorías sobre el dolor, los factores psicológicos asociados, su evaluación y tratamiento. El enfoque tiene muy en cuenta la perspectiva multidisciplinar.

Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

Se trata de uno de los mejores artículos de revisión, a juzgar por los autores del presente capítulo, sobre el papel de los factores psicológicos en el dolor crónico en población general. El enfoque es cognitivo-conductual.

Referencias

Abramson, L.Y., Alloy, L.B. y Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychology Review*, 96, 358-372.

Ambepitiya, G.B., Iyengar, E.N. y Roberts, M.E. (1993). Review: Silent exertional myocardial ischaemia and perception of angina in elderly people. *Age and Ageing*, 22, 302-307

Banks, S.M. y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain. a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 95-110.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. The New American Library.

Bennet, J.A., Stewart, A.L., Kayser-Jones, J., Glaser, D. (2002). The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adults. *Nursing Research*, 51 (4), 254-265

Bijlsma, J.W. (2002). Analgesia and the patient with osteoarthritis. *American Journal Therapy*, 9(3), 189-197

Brown, G.K., Nicassio, P.M., Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5) 652-7.

Cook, A.J. y Roy, R. (1995). Attitudes, beliefs, and illness behaviour. En R.Roy (ed). *Chronic pain in old age. an integrated biopsychosocial perspective*. (Pp. 20-37). Toronto. University of Toronto Press.

Dickens, C., Jayson, M. y Creed, F. (2002). Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics*, 43 (1), 42-48.

Endler, N.S., Corace, M.C., Summerfeldt, L.J., Johnson, J.M. y Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 34, 323-346

Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral models for chronic pain illness*. The C.V. Mosby Company. San Luis.

Geerlings, S.W., Twisk, J.W.R., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. y Van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 23-30

Gibson, S.J., Gorman, M.M. y Helme, R.D. (1991). Assessment of pain in the elderly using even related cerebral potentials. En. M.R. Bond, J.E. Charlton y C.J. Woolf (Eds.). *Proc. VI World Congress on pain*. (pp.527-533). Elsevier. Amsterdam.

Gibson, S.J. y Helme, R.D. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*, 85 (3), 375-383.

Harkins, W.S. (1996). Geriatric pain. Pain perceptios in the old. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12 (3), 435-459.

Harkins, S.W., Price, D.D. y Martelli, M. (1986). Effects of age on pain perception. Thermonociception. *Journal of Gerontology*, 41, 58-63.

Izal, M., López, A. y Montorio, I. (1999). Evaluación e intervención en problemas de dolor crónico. En I. Montorio y M. Izal (eds) *Intervención Psicológica en la Vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid. Síntesis.

Jensen, M.P., Turner, J., Romano, J.M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 655-62.

López, A. (2005). *Factores cognitivo-conductuales y perceptivos en la adaptación al dolor crónico en personas mayores*. Universidad Autónoma de Madrid. Tesis Doctoral no publicada

Melding, P.S. (1995). Psychiatric aspects of chronic pain in elderly people. En. R.Roy (ed) *Chronic pain in old ag.: a biopsychosocial perspective*. Toronto. University of Toronto.

Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. y Berstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Jorunal of Psychosomatic Research*, 46, 155-164.

Montorio, I. e Izal, M. (1999). Optimizando la evaluación e intervención psicológicas con personas mayores. En I. Montorio y M. Izal (eds) *Intervención Psicológica en la Vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid. Síntesis

Romano, J.M. y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34

Saxon, S.V. (1991). *Pain management techniques for older adults*. Springfield, Illinois. Charles G. Thomas Publisher.

Sorkin, B.A., Rudy, T.E., Hanlon, R.B., Turk, D.C. y Stieg, R.L. (1990). Chronic pain in old and young patiets: diferences appear less important than similarities. *Journal of Gerontology*, 45(2),64-68

Strong, J., Ashton, R., Stewart, A. (1994). A chronic low back pain: toward an integrated psychosocial assessment model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5),1058-1063.

Sullivan, M.J.L., Rodgers, W.M. y Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91, 147-154.

Turner, J.A., Dworkin, S.F., Mancl, L.I., Huggins, K.H. y Truelove, E.L. (2001). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92, 41-51.

Turner, J.A., Jensen, M.P. y Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.

Turner, J.A., Jensen, M.P., Warm, C.A. y Cardenas, D.D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress and pain related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98, 127-134.

Williamson, G.M. y Schulz, R. (1995). Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect. A study of younger and older adult cancer patients. *Psychology and Aging*, 10(3), 369-378