

Modelo del comportamiento y de la cognición ante el dolor del viejo: visión para un cirujano dentista

Autor: Dr. Armando Pichardo Fuster

Médico especializado en medicina interna, cardiología y geriatría, profesor titular del posgrado de geriatría de la Facultad de Medicina de la UNAM y jefe del Servicio de Geriatría del Hospital General de México.

El control del dolor en el adulto mayor no se debe circunscribir sólo a la prescripción de medicamentos analgésicos, sedantes o antidepresivos, sino que tiene que compenetrarse en la investigación de otros aspectos que habitualmente el especialista no considera, como la respuesta de la familia ante el dolor del anciano y la propia problemática que éste enfrenta desde el punto de vista psicológico en relación con la percepción del dolor y su estado mental y funcional, además del rol que juega dentro de la familia y la sociedad, sin olvidar la reacción de esta última ante el dolor y las dificultades vinculadas con la economía, la familia y el núcleo social en el que se desenvuelve. También se deben tener en cuenta aspectos asociados con la espiritualidad, la religiosidad y el comportamiento que ha tenido el propio anciano frente al dolor a través de su vida.

El análisis debe ser múltiple y tiene que incluir la investigación de los fármacos que se hayan empleado, los tratamientos alternativos utilizados y el uso de otros factores que puedan alterar el curso del dolor, así como las experiencias previas ante el mismo. De ahí que muchas veces las intervenciones tendientes a modificar el comportamiento y el conocimiento del dolor por el adulto mayor serán más efectivas, en algunos casos, que el propio tratamiento intensivo con polifarmacia. Es importante tener presente que el proceso del envejecimiento implica cambios en la percepción y las respuestas ante el dolor.

Se estima que del 80 al 86% de los adultos mayores ha tenido en el pasado problemas de salud en los cuales el factor predisponente ha sido el dolor. En adición, las diversas enfermedades hacen aún más complejo el fenómeno del síndrome doloroso del anciano, por lo que se presentan múltiples retos psicosociales. Dentro de éstos se encuentran

las modificaciones en el estilo de vida a través de los años, como son: el cambio del rol social de padre a hijo padre, la pérdida del estatus económico y social, de la autoestima y la creatividad; la disminución de la movilidad, así como de las facultades físicas y mentales, las dificultades para acceder a los servicios de salud y, finalmente, la pérdida de la independencia, la autonomía y el soporte social. Esto último ocasiona que el dolor sea tratado en forma inadecuada (automedicación, herbolaria, medicamentos de venta libre, remedios caseros), lo cual representa un verdadero desafío para el tratamiento adecuado del dolor del viejo.

Las experiencias propias, los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales ante el evento sensorial puro del dolor, las medidas empleadas previamente para controlar el dolor y las condiciones gratificantes que ha representado el mismo deben ser considerados factores de primer orden en la investigación del comportamiento y el conocimiento

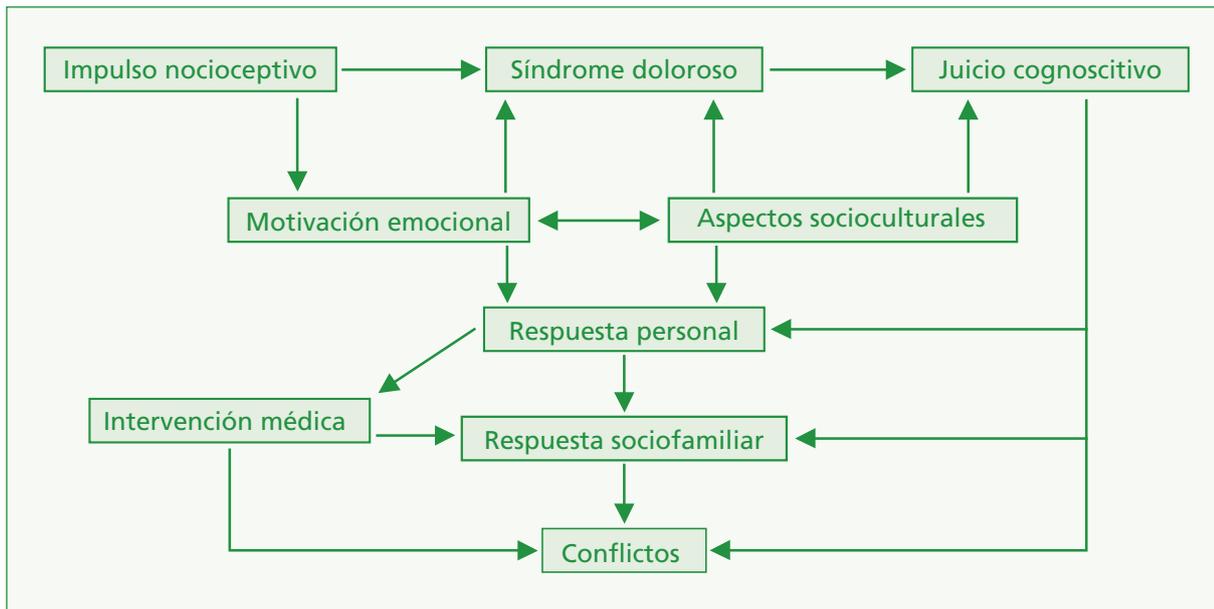


Figura 1. Modelo de interacciones del dolor en el anciano

del dolor por parte del anciano, la familia, la sociedad y el propio médico.

Hay un modelo que permite conocer las interrelaciones existentes entre el impulso nociceptivo del dolor, el juicio cognoscitivo, la motivación emocional y los aspectos socioculturales, en los que juegan un rol significativo las definiciones personales del problema y la respuesta social (familiar) ante el evento.

Existe evidencia de que los aspectos psicológicos desempeñan un papel primordial en la presentación y evolución del dolor, particularmente en el viejo. Muchas veces el impulso nociceptivo no es muy intenso, pero el anciano –cuando se ve relegado a un segundo plano– lo exagera

para tratar de llamar la atención; o cuando nadie le hace caso, refiere tener dolor con el único fin de ser llevado al médico, quien, en algunos casos, escuchará los pesares del enfermo y éste se sentirá aliviado: al fin alguien le hizo caso. Se trata de un juicio cognoscitivo erróneo, pues trae implícito el peligro de ser sometido a intervenciones diagnósticas de múltiples tipos que por sí solas pueden ocasionar mayor daño que el que realmente existe, de ahí que se debe tener mucho cuidado ante la interpretación que del dolor realizan el anciano y el propio médico.

Es muy interesante cómo maneja el anciano la motivación emocional, en especial las mujeres, particularmente aquellas que han sido manipuladoras, generalmente tienen ▶

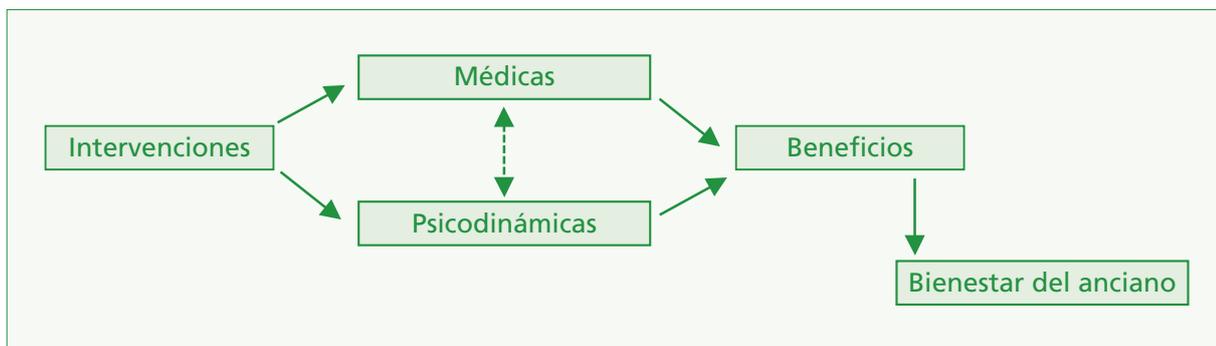


Figura 2. Modelo de intervención para el manejo del dolor crónico en el anciano

poca educación o fueron educadas en ese ambiente. Así era su madre, por lo que así tiene que ser ella. No se diga aquellos que se encuentran dentro de una sociedad patológica, es decir, donde todo debe girar en torno al adulto mayor, como ocurre en nuestra sociedad, más aún en aquellas como la que forman los vecinos de una pequeña comunidad, en la que cada miembro de ese núcleo social debe estar enterado de los problemas del resto de la comunidad, exagerando los problemas en la mayoría de los casos y preocupándose en forma por demás alarmante de la salud de los ancianos. Esto trae como consecuencia la sobreestimación del dolor y la movilización de todo el grupo, el cual se traslada a los servicios de urgencias y exige una pronta atención del dolor, confundiendo casi siempre a los integrantes del equipo de salud.

Un ejemplo de lo expuesto es el matriarcado que existe en nuestra sociedad. Cuando los hijos abandonan el hogar (síndrome del nido vacío), la madre –con la finalidad de tener a los hijos rendidos a sus pies– refiere dolores intensos, no bien definidos, por lo que los hijos se ven obligados a llevarla a los servicios de urgencias, de preferencia por las noches. En este sitio, los médicos con pocos conocimientos relacionados con los problemas de los ancianos les prescriben una cantidad enorme de medicamentos e indican un sinnúmero de estudios paraclínicos que lo único que implican son grandes costos económicos y morales. En no pocas ocasiones son los responsables de que se genere el síndrome de violencia intrafamiliar, con maltrato al anciano y de paso también al propio especialista; se originan las demandas médicas, pero sobre todas las cosas, se produce un mayor deterioro del adulto mayor, con más desvinculación familiar, social, mala calidad de vida y de muerte.

Mucho de lo antes señalado se puede evitar si se realiza una investigación minuciosa sobre las molestias de los ancianos, sobre problemas de depresión, la misma violencia intrafamiliar y otros aspectos sociofamiliares antes de pensar en asuntos puramente médicos.

El problema es mayor cuando el dolor se vuelve crónico en pacientes que por las pérdidas sufridas a través de su vida y el mal manejo de sus roles ha quedado relegado a un segundo plano. Lo jubilaron del trabajo, nadie lo conoció dentro del núcleo familiar, ya que sólo fue un proveedor de dinero, pero nunca de amor, es un perfecto desconocido dentro de su ambiente y como resultado del mismo proce-

so del envejecimiento presenta lesiones crónicas que ocasionan dolor crónico, como el dolor de espalda o el lumbar, que no le impiden llevar una actividad cotidiana adecuada. Pero esa pequeña molestia llamada dolor la convierten en un gran conflicto, sobre todo si evolucionan con síndrome depresivo, lo que les impide tener una visión cognoscitiva adecuada del dolor y de sus repercusiones sociales.

Sin embargo, no se debe olvidar que resulta esencial realizar las investigaciones médicas pertinentes con el fin de eliminar cualquier otro elemento que esté originando ese dolor y no quedarse con la idea de que se trata de un conflicto puramente emocional.

El dolor en el anciano tiene múltiples facetas que deben ser estudiadas: orgánicas, psicológicas, sociales y familiares. De igual forma, es importante que al mismo tiempo se efectúe una evaluación del estado cognitivo del enfermo, ya que muchas veces puede originar cambios en la interpretación que del dolor hace el anciano y confundirnos aún más, por lo que la persona que interprete el dolor del viejo debe tener grandes conocimientos médicos, sociales, familiares y psicogerítricos para estar en posibilidades de resolver el dolor; no obstante, es común sentirnos frustrados al no poder con él. ∞

Lecturas recomendadas

1. Manetto C, McPherson SE. The behavioral-cognitive model of pain. *Clin Geriatric Med* 1996;12:3:461-472.
2. Pichardo FA. Dolor crónico en el anciano. *Dolor, Clínica y Terapia* 2002;1, 5:11-15.
3. Harkins SW. Geriatric pain. In Wall PD. *Textbook of pain*. Churchill Livingstone 1994.
4. González MR. *Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos*. Editorial Trillas, México D. F. 2000.
5. Belsky J. *Psicología del envejecimiento*. Paraninfo, Madrid 2001.
6. Fernández BR. *Gerontología social*. Ediciones Pirámide, Madrid 2000.