

Evaluación Multidisciplinar del paciente con dolor crónico

Modelo biopsicosocial

***Ponente: Soledad Hueros Ayuso
Psicóloga Clínica de la Unidad de evaluación y tratamiento del Dolor***



Modelo biomédico

VS

Modelo biopsicosocial



De la enfermedad al enfermo



BIOQUÍMICA

FÍSICO

PSÍQUICO

SOCIAL



Modelo Biopsicosocial

- **Límite entre lo físico y lo psicológico.**
- **¿Tener en cuenta los aspectos psicológicos y los aspectos sociales del paciente nos aleja del problema real que es que algo funciona mal en su organismo?**
- **Si consideramos los aspectos psicológicos, ¿Eso indica que el paciente se está inventando su dolor o que padece un trastorno mental?.**
- **¿Qué implica que el ser humano tenga conciencia?.**





Visión del ser humano

Inicialmente: cuerpo – alma

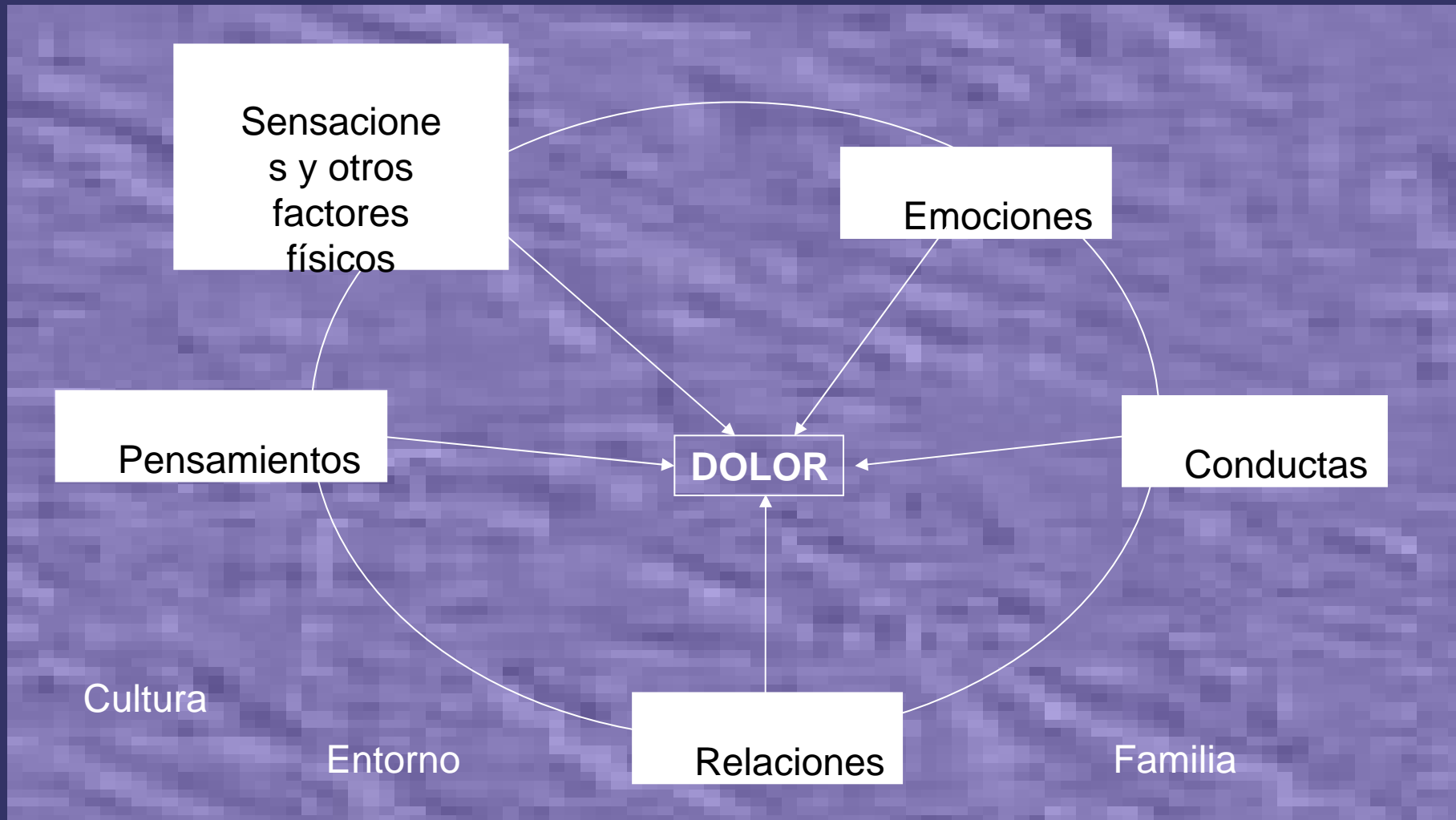
Descartes: cuerpo – mente

Actualmente: modelo bio-psico-social

UN SOLO CEREBRO, UN SOLO ORGANISMO



Elementos que afectan el dolor



Características del modelo biomédico:

- × Medicina centrada en la enfermedad
 - × Reduccionista
 - × Curativo
 - × “Objetivo”
 - × División mente / cuerpo
 - × Diagnóstico biológico
 - × Divide al paciente en partes

× Tratamiento: el tratamiento se considera generalmente externo al paciente. Se supone que los pacientes deben ser pasivos y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.

Este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar sin relacionarlo con variables biológicas.

Características del modelo biopsicosocial

- × Medicina centrada en el paciente.
- × La salud y la enfermedad son un continuo
- × Diagnóstico holístico y contextualizado
- × El paciente es un solo organismo interrelacionado
 - × Profesional - paciente - familia
- × El paciente asume un rol activo en su salud
- × El profesional como facilitador y mediador: promotor activo de la salud

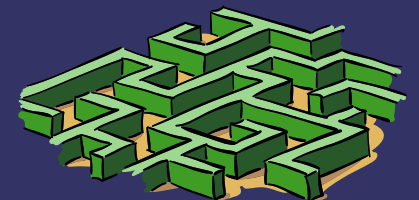
Es un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la educación médica.



Desde el modelo biopsicosocial:

Se puede tener una enfermedad y no sentirse enfermo, tener una enfermedad y no ser reconocido como enfermo, sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable. Sin embargo todos éstos pueden ser pacientes.

Personas que han de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y conservación de su salud.



¿Alguna vez habéis tenido un dolor intenso?

¿Cómo crees que te afectaría a tu persona, a tu vida si se mantuviera continuo día y noche durante 6 meses?



Elementos que aumentan el dolor

Sensaciones y otros factores físicos

Factores emocionales

Factores cognitivos

Factores sociales



Elementos que disminuyen el dolor

Sensaciones y otros factores físicos

Factores emocionales

Factores cognitivos

Factores sociales



¿Para qué sirve la psicología?

- Para comprender el comportamiento humano, su origen, su mantenimiento y su modificación.
- Para determinar la influencia de los pensamientos, los sentimientos y los patrones de conducta en la salud.
- Para reducir el dolor y el sufrimiento y mejorar la salud del paciente.



Definición de Dolor Crónico

IASP: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma.

Podríamos matizarla como: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, **una enfermedad por si misma.**



Me duele

PENSAMIENTOS

Espero a una solución.
No se quita.
Pienso en el dolor una y otra vez.
Pienso que no sirvo para nada.
Parece que el dolor lo ocupa todo.
Cada mañana me despierto y ya está ahí.
No se va y mientras no se vaya no puedo hacer nada con mi vida.

EMOCIONES

Me empiezo a sentir solo, aislado.
Me enfado con facilidad.
Siento rabia, frustración.
Me empiezo a desesperar.
Me siento una carga para los demás.
No se va y mientras no se vaya no puedo hacer nada con mi vida.

CONDUCTAS

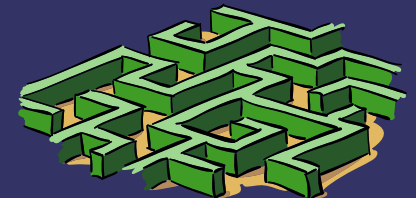
Espero a que pase.
Voy a médicos, pruebas, etc.
Dejo de hacer cosas: abandono ocio, trabajo, amigos, ejercicio, dejo de salir.
Hago sólo lo "obligatorio" (como la casa, los hijos, trabajo).
Hablo de lo que me pasa y de que no se quita.
Me alejo de amigos, compañeros, familia.
Tomo medicación pero no se quita.
No se va y mientras no se vaya no puedo hacer nada con mi vida.

Falta de ejercicio físico y actividad.
Descuido de hábitos: sueño, alimentación, aseo.
Dejar actividades de ocio.
Aislamiento social.
Conflictos familiares.
Seguir buscando "QUÉ SE ME quite con ALGÚN FÁRMACO".
No pensar en otra cosa.

Círculo vicioso del dolor crónico

Complicaciones físicas.
Aumento del dolor.
Aumento de la angustia.
Bajada del estado de ánimo.
Sentirse inútil.
Sentirse una víctima y/o culpable.
Sentirse desesperanzado.
Pensamientos negativos repetitivos.

Empeoramiento de la salud
Aumento del dolor
Aumento de la discapacidad
Aumento del rol de enfermo pasivo



Valor adaptativo del dolor

El dolor se inicia en las células nerviosas receptoras situadas bajo la piel y en los órganos de todo el cuerpo. Cuando hay una enfermedad, una herida o algún otro tipo de problema dichas células receptoras envían mensajes a lo largo de las vías de conducción nerviosa hacia la médula espinal, que a su vez lleva el mensaje al cerebro. Los medicamentos para el dolor actúan reduciendo o bloqueando esos mensajes antes de que lleguen al cerebro.



Pero...

...¿los profesionales de la salud tienen que saber de esto?



Reacciones de los profesionales sanitarios cuando se nombra:

- Las emociones.
- Los pensamientos.
- La psicología.

..y a mí que me cuenta!!!! ... yo que pastilla le pongo para eso????



La cuestión es:

***¿Qué me aporta como profesional sanitario
LA EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR en
dolor?***

(A parte de hacerme perder un tiempo que no tengo)



Tópicos a detectar

- Hay una causa y una solución “tengo que encontrarla”.
- No puedo.
- Cuando mi dolor se quite empezaré a hacer cosas.
- Soy un inútil, no soy lo que era, no valgo para nada.
- No me comprenden, no me creen.



Esperando y cada vez con más dolor

- Espero un diagnóstico.
- Espero una medicación.
- Espero una intervención.
- Espero a que se me quite.

**ROL DE ENFERMO PASIVO QUE GEMERA RECHAZO POR NO
TENER UNA “SOLUCIÓN”**



Alimentadores del dolor

- La queja.
- La ira.
- El cansancio.
- El miedo: LA INCERTIDUMBRE.
- La impotencia.



Herramientas

- Preguntar para conocer y comprender.
- Escucha activa.
- Empatía.
- Mantenimiento del objetivo.
- Refuerzo de conductas saludables.

REALISMO, HONESTIDAD Y PROFESIONALIDAD



Cómo hacer una evaluación integral del dolor

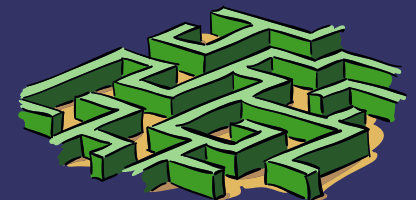
- Preguntas dirigidas a las sensaciones.
- Preguntas dirigidas a los pensamientos.
- Preguntas dirigidas a las emociones.
- Preguntas dirigidas a las conductas.
- Preguntas dirigidas al entorno.

¿La relación entre los distintos elementos afecta al dolor y a la salud del paciente?



Creencias que dificultan la evaluación integral

- Yo no sé hacer eso.
- El paciente ya sabe lo que ha de hacer y cómo ha de comportarse, yo no tengo que decírselo.
- Cada uno sabe lo que tiene que hacer. Hay unas normas.
- Expresar calidez y empatía puede confundir al paciente, hay que ser profesional.
- Ser profesional implica ser neutral, no me tengo que meter en sus vidas.
- Si el paciente me enfada, se lo ha buscado.
- Me da vergüenza decir las cosas positivas, eso es una tontería.
- El paciente hace lo que le da la gana.
- Los familiares se meten en todo.
- El paciente tiene que comprender que hacemos todo lo posible.
- El paciente tiene que colaborar.
- Si se lo explico bien, lo entenderá bien y lo recordará.
- Yo soy un técnico no un psicólogo ni su familiar.
- Es más fácil decirles lo que quieren oír pero yo les digo la verdad.
- Para qué se lo voy a explicar si no lo van a entender.



Preguntas claves en la evaluación integral del dolor

- ¿Por qué cree que tiene dolor?.
- ¿Qué siente cuando tiene dolor?.
- ¿Cuáles son las emociones que aparecen con el dolor?.
- ¿Qué piensa cuando tiene dolor?.
- ¿Qué hace o qué no hace cuando aparece el dolor?.
- ¿Cómo reaccionan sus familiares ante el dolor?.
- ¿Qué espera de esta consulta?.
- ¿Qué espera que ocurra con su dolor a partir de ahora?.
- ¿Qué control siente sobre su dolor?, ¿Qué hace o no hace para estar mejor de su dolor? ¿Qué hace o no hace que le perjudica en su dolor?.
- Cuando el dolor no está o es menor, ¿consigue sentirse mejor emocionalmente?, ¿qué hace para ello?.
- ¿Qué ha cambiado en su vida y en su persona el dolor?.
- ¿Qué le gustaría conseguir?.



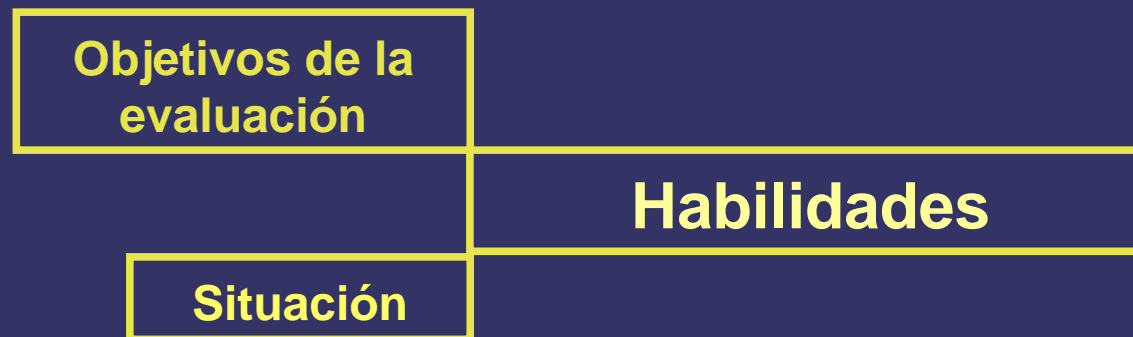
Algunas Habilidades

- Preparar la situación.
- Escuchar activamente.
- Resumir.
- Empatizar.
- Recompensar.



El objetivo de la búsqueda de información ha de ser claro

OBJETIVO: *Conocer qué pensamientos, emociones, conductas y circunstancias influyen positiva o negativamente en el círculo vicioso del dolor.*



1. Preparar la Situación

Método

- Atención a las señales.
- Conocer y tener en cuenta las normas sociales y culturales.
- Dar a elegir: ¿Tiene un momento?.

Ventajas

- Las circunstancias nos son favorables.
- Somos más persuasivos.
- Disminuimos la probabilidad de respuestas agresivas.



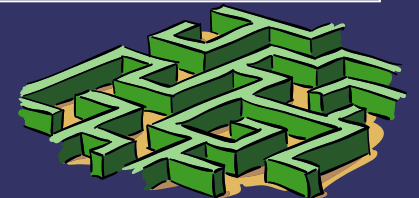
2. Escuchar activamente

Método

- Observando a la paciente. Mirada y postura adecuada.
- Con gestos y palabras. Asintiendo, con palabras como “si...”, “ya veo...”, “aha...”, preguntar, parafrasear, etc.
- Evitando interrumpir, juzgar, opinar, rechazar, etc.

Ventajas

- Estimula a la comunicación.
- Aporta información relevante.
- Aumenta la credibilidad del profesional.
- Disminuye reacciones de irritación u hostilidad.
- Promueve una relación profesional positiva.



Escuchar activamente

- Escuchar no es “esperar a que la paciente termine de hablar”.
- Escuchar no es “un proceso natural”.
- Escuchar no es “lo mismo que oír”.
- Escuchar no es sólo “cuestión de buena voluntad”.
- Escuchar no es sólo “atender o entender las palabras”.



3. Resumir

Método

- **Escucha activa.**
- **Paráfrasis:** repetir el contenido del mensaje del paciente.
- **Reflejo:** repetir la parte afectiva del mensaje.
- **Síntesis:** dos o más paráfrasis o reflejos que condensan los mensajes del paciente.

Ventajas

- Para ayudar a la paciente a centrarse en el contenido de su mensaje.
- Para subrayar el contenido cuando la atención a los sentimientos es prematura o autodefensiva.
- Para identificar un tema o modelo común.
- Para animar a la paciente a expresar sus sentimientos.
- Para ayudarle a ser más consciente de los sentimientos que le dominan.



Buscar información

Método

- Hacer preguntas sin incluir la respuesta.
- Orientar a la paciente en la información que necesitamos.
- Estimular la comunicación de la paciente.
- Evitar preguntas absurdas o que impliquen juicios.

Ventajas

- Para favorecer la elaboración del mensaje por parte de la paciente.
- Para comprobar la precisión de lo que ha comprendido la paciente
- Obtener más información y de mayor calidad.
- Para clarificar los mensajes vagos o confusos.
- Definir mejor y más operativamente los objetivos.
- Aumenta la satisfacción de la paciente.



4. Empatizar

Método

- Observando como se siente la paciente y escuchando lo que dice.
- Adecuando la comunicación no verba la lo que transmiten.
- Expresando con palabras el reconocimiento de las emociones de la paciente: “me hago cargo”, “puedo entender que se sienta así”, “le estoy notando...”.

Ventajas

- Implica pensar con la paciente y no para o sobre la paciente.
- Es útil para la calidad y efectividad técnica, ayuda a conseguir el rapport y a obtener información.
- Convierte al profesional en una persona significativa y digna de confianza.
- Mejora la receptividad y escucha de la paciente.
- Ayuda a reducir la ira y el malestar.



Empatizar

Medios verbales

- Mostrar deseos de comprender el mundo de la paciente.
- Tratar lo que es importante para la paciente.
- Usar respuestas verbales referentes a los sentimientos de la paciente.
- Usar respuestas que transmitan sus conocimientos sobre los sentimientos de la paciente.
- Utilizando respuestas verbales que conducen o siguen a los mensajes implícitos de la paciente.

Medios no verbales

- Contacto ocular.
- Postura orientada hacia el otro, ofreciendo la cara a la paciente.
- Acercándose hacia la paciente.
- Con los brazos abiertos, no cruzados.
- Empatía postural.
- Acompasar el ritmo de la voz y de los movimientos, con los de la paciente.



5. Recompensar

Método

- Atender los comportamientos adecuados.
- Buscar el momento oportuno.
- Sinceridad y honestidad.
- Argumentar el refuerzo.
- Ser específico y discriminativo.
- Si es posible, ha de ser inmediato.
- Conviene no exagerar.

Ventajas

- Es mas probable que la paciente esté más abierta y receptiva.
- Aumenta las posibilidades del comportamiento deseado.
- Aumenta la credibilidad y valor del profesional.
- Se actúa como modelo.
- Mejora la satisfacción de la paciente.

