

FAMILIA Y DOLOR CRÓNICO NO NEOPLÁSICO

María Clara Vélez Ángel*

RESUMEN

Este artículo da a conocer la experiencia profesional en Trabajo Social con familias y pacientes que sufren dolor crónico no neoplásico y que han acudido a la Unidad de Atención al Paciente con Dolor de la Clínica Universitaria Bolivariana en busca de tratamiento. Son atendidos por un grupo interdisciplinario compuesto por médicos especializados, como: algesiólogo, neurocirujano, psiquiatra y profesionales en Psicología y Trabajo Social. Este equipo de trabajo está cada vez más convencido de que sin la familia del paciente los resultados son diferentes a las terapias habituales médico-paciente.

Palabras clave: Dolor crónico, familia, conductas de refuerzo, interdiscipliniedad

ABSTRACT

This article aims to share the professional experience in Social Work with patients who suffer chronic, non neoplastic pain and their families, who have attended the Unit for the Care of the Patient with Pain, of the Clínica Universitaria Bolivariana. They are attended by an interdisciplinary group composed of specialists such as, algesiologist, neurosurgeon, Psychiatrist and professionals in Psychology and Social Work. This team is always more and more convinced that without the family of the patient, the results are different to habitual Doctor-Patient therapies.

Key words: Chronic pain, Family, Reinforcing behaviors, Interdisciplinary

* Trabajadora Social, con especialidad en familia, de la Universidad Pontificia Bolivariana. Trabajadora Social de la Unidad de Atención al Paciente con Dolor de la Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín. Colombia. S.A.

Separatas: Calle 36 N° 80 – 29. Medellín. Colombia. S.A.

¿Qué es dolor crónico?

Comencemos por acoger la definición de dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: "Dolor es una vivencia sensorial y afectiva desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial que se describe en términos de dicha lesión". (1).

Es considerado como una enfermedad, pues, al desaparecer la noxa, el dolor persiste. Se caracteriza porque hay "habituaación" y no necesariamente es signo de fallecimiento, como muchos pacientes creen inicialmente.

Se considera total, puesto que puede poseer causas o ser consecuencia de factores orgánicos, psicológicos, familiares y sociales. Cuando una persona siente dolor, su mente se afecta, su conducta se altera y su familia también.

Cuando las personas asisten a una consulta por un dolor, expresan sentir incomodidad física, displacer, desagrado, sufrimiento; es una sensación que se sale del control humano y de la voluntad; a veces es significado de una tristeza y angustia acumulada y repetitiva. Muchas veces, no saber cuál es la causa, obliga a pensar en enfermedades mortales o, lo contrario, conocer la

fuente puede ser espantoso y, por lo tanto, mejor evadirla, ya que quizás implique asumir la muerte.

El dolor puede ser parte del proceso de diferentes tipos de pérdidas: pérdida de capacidades y habilidades, del sentido de vivir, de las relaciones sociales, de una persona o familiar, de una parte del cuerpo, de la visión de futuro, de la propia vida, del rol ocupado en la familia o en el trabajo, de esperanzas y fantasías. (2)

La familia también sufre dolor

Para el tratamiento de pacientes y familias que sufren dolor crónico, además de que es necesario querer y conocer cómo se aborda una familia, es indispensable conocer las características específicas que sufre el paciente con dolor crónico

Cabe aclarar que existen diferencias importantes entre dolor crónico y agudo. En el segundo, podemos hablar de curación; en el primero, pocas veces es posible hacerlo, más bien podemos hablar de alivio, de disminución del dolor.

Podemos establecer las siguientes diferencias entre ambas clases de dolores:

AGUDO	CRÓNICO
Síntoma	Enfermedad
Cumple una función biológica protectora	Es destructivo
Al desaparecer, la noxa el dolor desaparece	Al desaparecer, la noxa el dolor persiste
Hay signos de actividad simpática y parasimpática	Hay "habituaación"
El aspecto psicológico es coadyuvante y/o efecto	El aspecto psicológico puede ser causa coadyuvante o efecto (3)

Estamos convencidos de que el dolor no es sólo orgánico ni físico, sino también psicológico, social, familiar y espiritual.

Debemos aceptar que “el alma también duele” y que no existe “pastilla” que la cure; sin embargo, es posible aliviarla cuando abordamos al paciente y su familia como todo un complejo cambiante y viviente.

Definitivamente el dolor crónico de una persona altera el funcionamiento de una familia y viceversa.

Entre la familia y una persona enferma existe una interacción que es recíproca y que es necesario investigar. En la mayoría de las veces, el dolor del paciente se convierte en dolor familiar que se expresa, valga la redundancia, “familiarmente”, de muchas maneras.

Las alteraciones que en una familia pueden presentarse por el dolor se pueden traducir, en muchos casos, como reacciones defensivas para cumplir su función social e histórica de perpetuar la especie y también como una manera de asumir una pérdida real o simbólica. Las reacciones que se han podido detectar no son estáticas en el tiempo, sino que aparecen como la expresión de su forma de adaptarse a su nueva realidad, sea esta inadecuada o no. Éstas pueden ser de solidaridad y cooperación con presencia de angustia, sobreprotección, indiferencia, rechazo y negación, temor y preocupación constante, búsqueda de ayuda profesional y de la etiología de la enfermedad, ya sea física, emocional, familiar o social, busca responsables, etc. No se trata de encasillar a una familia en una de estas reacciones, pues varía también, según su dinámica interna, el conocimiento que tienen de la enfermedad, su gravedad, rol

ocupado en la familia, condiciones socioeconómicas y de los recursos internos que la familia posee para solucionar situaciones de conflicto.

El objetivo de abordar la familia de una persona que sufre dolor crónico es vincularla en el tratamiento para que participe activamente en él, pues ella, al igual que el paciente, necesita asumir conductas de adaptación al cambio de vida, dirigidas a hacerle frente al dolor, recobrar fuerzas, desarrollar al máximo sus potencialidades y capacidades y hacer uno de sus recursos para trabajar por el logro de las metas futuras.

ACERCAMIENTO A LA FAMILIA

Este primer paso consiste en recoger la información familiar del paciente: se indaga por el tipo de familia, es decir, si pertenece a una nuclear, conformada por una mujer, un hombre y sus hijos; la extensa, constituida por la familia nuclear con otros parientes y dos o más generaciones; la simultánea, que se refiere a una pareja con uniones previas; parejas sin hijos y las familias monoparentales (4). También es necesario conocer cuál es su composición, es decir, con quiénes vive, cuál es la etapa del ciclo vital por la que atraviesa y cómo son las relaciones actuales con los demás miembros de la familia tomando como base los diferentes subsistemas.

Para poder comprender mejor cómo se despliegan las interacciones en estas familias, es muy importante conocer los síntomas físicos del paciente según el tipo de dolor, estar atentos a los componentes psicológicos, psíquicos, sociales y espirituales,

no sólo en la primera consulta, en la que está presente todo el equipo, sino a través de todo el tratamiento.

En este primer acercamiento a la familia del paciente, se investiga la presencia de conductas de refuerzo del dolor, las cuales se pueden describir así:

1. Sobreprotección que lo imposibilite y lo haga sentir inútil.
2. Negación, indiferencia y rechazo como forma de enfrentar la realidad.
3. Duelos y pérdidas no resueltos.
4. Disfunciones en las relaciones de los subsistemas manejados consciente o inconscientemente.
5. Familias con fuertes problemas económicos.
6. Falta de acceso a servicios de salud.
7. Vivir en una cultura compleja con mayores posibilidades de presenciar y de participar en la violencia, la muerte, etc.
8. Ser tratado por el equipo de salud como el paciente problema.

Las conductas de no refuerzo del dolor se pueden describir así:

1. Solidaridad y cooperación.
2. Reconocimiento de las capacidades del paciente.
3. Duelos resueltos con buena adaptación a una nueva vida.
4. Respeto y autoestima.
5. Disponibilidad de la familia para ser

estudiada y el enfrentamiento de su realidad disfuncional.

6. Estabilidad económica familiar.
7. Ser escuchado por un equipo de salud que es claro en sus apreciaciones con él y que desee ayudarlo a mejorar su calidad de vida.

EVALUACIÓN FAMILIAR

Se citan los miembros de la familia para conocer su visión acerca del dolor del paciente, las relaciones entre los subsistemas y la resolución de las tareas de la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

Según la estructura de la familia, se pueden detectar crisis derivadas de relaciones inadecuadas y disfuncionales para la misma familia, con poca habilidad para manejar el estrés y para resolver problemas; debe indagarse si el dolor crónico es "escape" o evitación de situaciones conflictivas. También puede ser una metáfora para comunicar malestar, así como una respuesta al estrés crónico (2), que requieren un cambio, una salida.

Las etapas del ciclo vital también pueden generar crisis de desarrollo, derivadas del cambio de una etapa a otra. Son crisis adaptativas que también implican la realización de duelos por la salida de alguno de sus miembros o por la reacomodación de roles.

Pueden presentarse también crisis inesperadas que aumentan el dolor o lo generan. De este tipo de crisis, la más común tiene que ver con duelos no resueltos por el fallecimiento de un ser querido, en el que la

familia no ha abierto canales de comunicación adecuados para enfrentarlo.

También es importante indagar el grado de ansiedad que la familia tiene y la reacción que asume frente al miembro que está sufriendo dolor. El no conocer una causa clara de un dolor, con nuestro esquema tradicional causa-efecto, genera desasosiego, no sabe qué significado puede tener el dolor y, muchas veces, lo relacionan con la muerte. Por lo tanto, a las familias es necesario darles información médica que deseen conocer y, si es posible, educarlos.

Esta evaluación puede realizarse a través de tres sesiones de las que deben surgir hipótesis acerca del componente familiar con relación al dolor crónico.

INTERVENCIÓN

Las intervenciones se realizan de manera reflexiva e instructiva de acuerdo con la demanda que la familia hace, es decir, partiendo de lo que para ellos es conflictivo o problemático y además del deseo de cambiar o mejorar. Se podría concluir que estas intervenciones están dirigidas a:

1. Que la familia aprenda a vivir dife-

rente, al igual que el paciente, haciendo referencia a que la salud y la enfermedad física pueden coexistir.

2. Si el paciente no cumple con el tratamiento y no desea recuperarse, devolverle a la familia sus fortalezas y capacidades, pues ella también tiene derecho a vivir y a mejorar su calidad de vida.
3. Abrir canales de comunicación que permitan la expresión de sentimientos con respecto a conflictos que influyen en el dolor, para buscar alternativas de solución.
4. Crear espacios de conciliación que permitan la responsabilidad de asumir conductas adaptativas.
5. Proponerle a la familia una terapia adecuada, en las instituciones pertinentes, cuando llegan a la conclusión que su problema requiere un cambio estructural.
6. Instruir a la familia en cuanto a lo que es el dolor crónico, su multicausalidad y sus consecuencias.
7. Motivar conductas de no refuerzo del dolor. ■

REFERENCIAS

- 1 González Barón, M.; Ordóñez, A.; Feliu, J.; Zamora, P. y Espinosa, E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Editorial Médica Panamericana, 1996. p.437.
- 2 Ruiz Ruyana, Carmen Eliza. Impacto de la familia en el proceso salud-enfermedad. Memorias Congreso Latinoamericano de Familia Siglo XXI. Medellín, 1994. p.740.
- 3 González Barón, M.; Ordóñez, A.; Feliu, J.; Zamora, P. y Espinosa, E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España: Editorial Médica Panamericana, 1996. p.447.
- 4 Estrada Arango, Piedad; Bernal Vélez, Isabel. Tipología y cumplimiento de las funciones familiares. Medellín 1996.