GEROKOMOS
Volumen 10
Número 1
Enero 1999
Páginas 3 a 12

Rincón científico

REVISIONES

Dolor en el paciente geriátrico

Pain in the geriatric patient

M.ª D. Azúa Blanco

Profesora de Enfermería Geriátrica.
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

Correspondencia:
M.ª Dolores Azúa Blanco
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud
Domingo Miral, s/n
50009 Zaragoza

RESUMEN

El dolor, sensación subjetiva, pero real, está influido por diversos factores capaces de disminuir o aumentar esta sensación. La situación de dolor conlleva la imposibilidad, en mayor o menor grado, de superar las necesidades básica del ser humano. Podemos aproximarnos al reconocimiento de dolor real o ficticio, así como a valorar la situación si observamos las alteraciones que se producen en el área de la vida diaria (comer, pensar...). La superación del dolor no siempre está subyugada a la analgesia invasiva, siendo signos de profesionalidad el conocimiento y utilización de otras técnicas no penetrantes pero sí eficaces.

PALABRAS CLAVE

Dolor; Valoración; Analgesia; Necesidades.

SUMMARY

Pain, a real but subjective sensation, has been influenced by different factors that increase or diminish this sensation. A pain situation implies the imposibility, in a higher or lesser degree, to overcome the basic human needs. We can make an approach to recognize real of fictitious pain, and to value the situation if we observe the alterations which arise in the daily life (to eat, to think...). To overcome pain is not always related to an invasise analgesia, the knowledge and use of other valvable techniques is a sign of professionality.

KEY WORDS

Pain; Assesment; Analgesia; Needs.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia subjetiva que corresponde a un tipo de actividad cerebral como respuesta a las lesiones de los diversos tejidos corporales, a la alteración del funcionalismo cerebral en sí, a consecuencia de lesiones u otros procesos patológicos, o bien a cambios de naturaleza más sutil (1).

Diversos factores pueden alterar el *umbral del dolor,* que no es otra cosa que el punto en el que un estímulo, activa los receptores del dolor y produce una sensación dolorosa. A umbral más bajo se experimenta antes y más fuerte el dolor.

Factores que pueden alterar el umbral doloroso

Entre los diferentes factores que pueden *aumentar* el umbral doloroso (menor sensación dolorosa) están:

1. Disminución de la respuesta fisiológica a la inflamación con la edad que se asocia con el dolor agudo.
2. Un retraso en la respuesta dolorosa debido a las modifiaciones cutáneas.
3. Su pasado socio-cultural le condiciona a negar el dolor. El anciano puede entender el dolor como "síntoma de vejez", siendo incapaz de comunicarlo.

Entre otros factores que pueden *disminuir* el umbral del dolor destacamos: mayor sensación dolorosa.

1. Dolor crónico asociado a enfermedades degenerativas como la artritis reumatoidea, enfermedad vascular periférica que se asocia a un comportamiento muy diferente del no anciano.
2. El dolor crónico se convierte en una vía de expresión de sentimiento, temores y conflictos, quedando patente en el aumento de enfermedades psicosomáticas que se da en el anciano.
3. El anciano se enfrenta a nuevas situaciones como son: el aislamiento social, pérdida de salud física y pérdida de seres queridos. El anciano tiene pocos recursos para adaptarse a la nueva etapa. Así el dolor puede servir para manipular personas cercanas a él y profesionales de salud.

SIGNIFICADO DEL DOLOR

El significado del dolor varía, pudiendo simbolizar un problema de carácter físico o emocional. Los tres tipos de simbolización identificados son:

1. Dolor como evidencia de lesión física.
2. Dolor como medio de comunicación.
3. Dolor como medio de manipulación de otras personas.
4. En ocasiones el dolor sirve también para disminuir sentimiento de pérdida y, así, puede ser un mecanismo de compensación en casos de luto o pérdida física de una parte del cuerpo como sería el caso de una amputación "dolor fantasma".

EL DOLOR EN LAS PERSONAS DE EDAD

Diferentes teorías son las defendidas:

Algunos estiman que: las enfermedades en los ancianos suelen ser oligosintomáticas, es decir, pocos síntomas, siendo éstos poco expresivos y en general están atenuados con respecto al joven. Entre los síntomas o manifestaciones que varían, nos encontramos con el *dolor,* éste en el anciano es por lo general atenuado o inexistente y cuando aparece las características no son las habituales del adulto. Es decir, para ellos con la edad disminuye la sensibilidad al dolor. *Otros* como Harkins niegan este hecho. *Mientras que otro grupo:* afirman que el dolor crónico es más severo en el anciano por un aumento de la vulnerabilidad y por una falta de adaptación (2). *No faltaron los que defienden:* que con la edad creciente, junto con la pobreza, predisponen al dolor crónico y que las personas de edad son menos capaces de tolerar el malestar persistente (3).

Existen también ancianos que exageran o se inventan este síntoma para llamar la atención o para que se ocupen más de ellos (4).

En cualquiera de los casos se debe meditar sobre el hecho de que en la persona de edad incide una mayor vulnerabilidad en todos los aspectos y de la poca o menor adaptación de estas personas tanto física, psíquica como socialmente.

Y como dice Berger Luise, en la práctica, el dolor, síntoma importante no siempre es fácil de localizar en personas de edad. Él está frecuente-

mente difuso o simplemente ausente, esto impide intervenir adecuadamente a fin de prevenir las enfermedades o complicaciones (5).

De todo lo expuesto, hasta ahora, cabe destacar la utilidad del conocimiento de la personalidad del paciente previamente al desarrollo del cuadro álgico, tanto como línea de referencia para poder valorar el grado de alteración condicionado por la presencia o respuesta al tratamiento, ya sea físico, psíquico o combinado. El conocimiento de la personalidad nos informará de la actitud de éste frente al *stress* vital, sobre su tendencia al colapso emocional y, en consecuencia, su capacidad para enfrentarse a un cuadro álgico (1).

VALORACIÓN DEL DOLOR

Uno de los problemas con los que nos encontramos al hablar del dolor es la dificultad para la medición del mismo, ya que cada uno tiene una percepción diferente al estímulo doloroso y un umbral diferente para sentir el dolor (6).

Es poco prudente que se trate de valorar el dolor de otra persona; inevitablemente se da un cierto grado de sesgos en la observación. Una visión mucho menos subjetiva se obtiene a través de una visión de unas escalas visuales lineales de análogos dolorosos. Esto supone presentar al paciente una hoja de papel donde hay una línea de 10 cm de largo. En un extremo está marcado "No siento dolor", mientras que en el otro está escrito "Mi dolor es el peor imaginable" (tabla 1). El paciente señala en la línea donde se encuentra su sensación dolorosa. Una realización repetida de estas escalas supone para el médico una de las mejores valoraciones subjetivas del dolor (6), pero la medición mediante estas tablas, más menos sofisticadas, se hace difícil en personas de edad, debido a factores tales como la senilidad y la confusión, el impacto de enfermedades sistémicas que pueden reducir la capacidad de cualquier paciente para cooperar (3). Además, dada la subjetividad de este síntoma no nos es difícil comprender la imposibilidad de realizar una valoración exacta del grado de dolor existente en cada persona. Pero sí podemos realizar un acercamiento a la valoración del dolor teniendo presente algunos datos obtenidos mediante la comunicación verbal con el anciano y con su familia, así como mediante la observación directa del comportamiento del anciano en las diversas áreas de la vida diaria que nos indicarán la existencia de dolor e incluso nos orientarán de su cuantía y calidad aproximada (tabla 2).

Hay que tener presente que la aparición de fatiga, cansancio, etc., puede ser debida no sólo al dolor, sino también a (7):

- Presencia de otras enfermedades crónicas agobiantes.
- Determinadas enfermedades neoplásicas (leucemia).
- Negarse a comer.
- Insomnio y sueño interrumpido.
- Cifras bajas de hemoglobina.
- Disnea.

Sin olvidar los componentes emocionales que contribuyen al debilitamiento físico:

- Sentimiento de abandono.
- Primeros momentos de conocimiento de determinados diagnósticos.
- Eventos sociales.
- Tareas que demandan actividad o concentración prolongada.

Tabla 1. Valoración del dolor.

ESCALA DE VALORACIÓN

No siento dolor ——— Mi dolor es el peor imaginable

10 cm

S. dolor ligero — S. dolor moderado — S. dolor importante

Tabla 2. Áreas de vida diaria. Síntomas de dolor y disfunciones concurrentes (Molbo, 1986).

Comer	Escaso apetito Rechazo a la comida No preparar la comida Olvidar comer y beber
Dormir	Alteración del ritmo circadiano (dormir en el día, velar en la noche)
Pensar	Disminución de capacidad de concentración Acortamiento del período de atención Discurso repetitivo
Actividad	A. Física disminuida Quejas de agotamiento y fatiga Pruebas de agotamiento y fatiga Voz trémula Rigidez muscular Brazos Piernas apretadas Boca Rechinar de dientes Movimientos infatigables en piernas Asir fuertemente: Alguien Algo
Interacción social	Reducción de actividad social Reducción de comunicación verbal
Respuesta emocional a la vida diaria	Aumento de sensibilidad a: Ruido Censuras Ira de los demás Llanto de niños Irritabilidad y disgusto Inestabilidad emocional

– Relaciones interpersonales poco placenteras.

Existen diversas formas de dolor (8): isquémico, torácico, referido o irradiado, parietal, pélvico, visceral... en dependencia de su localización. A grandes rasgos podemos dividir el dolor en dos grandes grupos o formas: a) agudo y b) crónico.

a) *Agudo:* se caracteriza por ser de causa conocida, con tratamiento específico y, generalmente, con buenos resultados (9).

Su expresión facial revela hipertensión del sistema nervioso autónomo: sudoración, palidez, hipertensión. La cara del dolor agudo es gesticuladora, llorosa y ansiosa (10).

b) *Crónico:* aquel dolor que persiste más allá del curso habitual de una enfermedad aguda o de un tiempo razonable para que una lesión cure, y recurre a intervalos durante meses o años (11).

En él los signos neurovegetativos están ausentes. El sufrimiento se camufla detrás de un rostro resignado y estoico (tabla 1). Después de largos períodos persistentes la cara no revela ansiedad, pero sí agotamiento, insomnio, anorexia, disminución de la actividad psíquica, abatimiento y depresión, lo que a su vez provoca un círculo vicioso. El aspecto gesticulador de la cara, no puede ser visto como un índice de la intensidad del dolor (10).

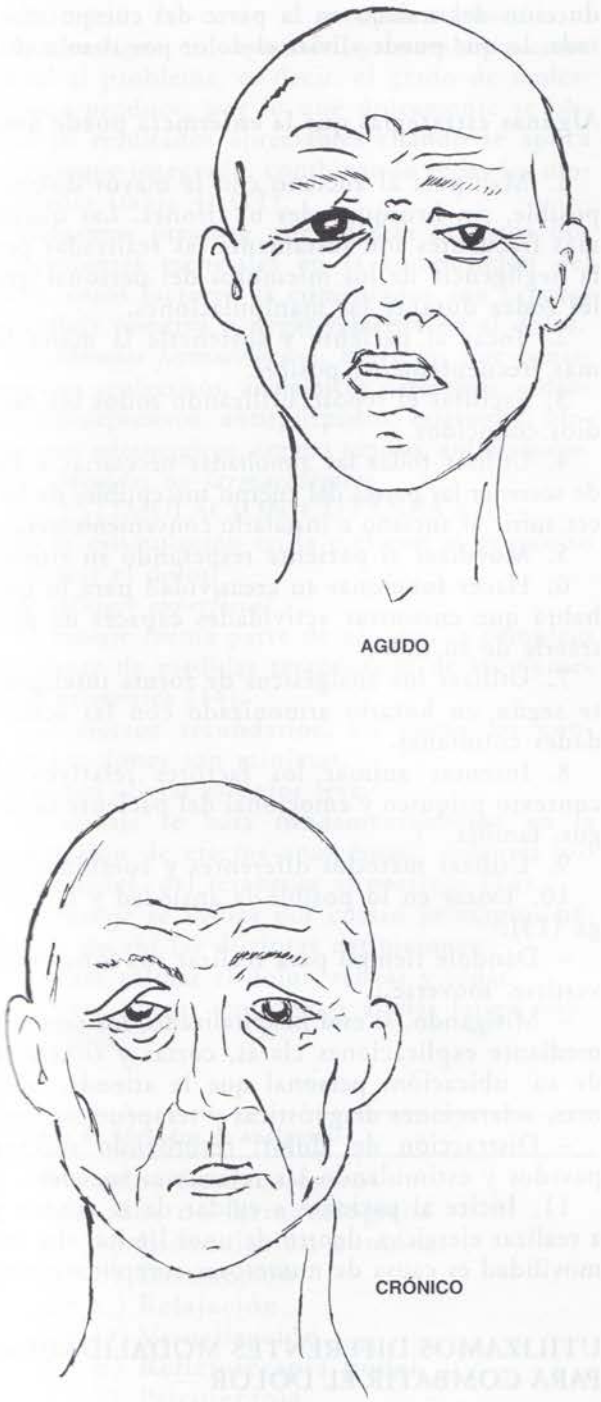

Fig. 1.

COMPLICACIONES POR FALTA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

La no superación del dolor provoca *trastornos psicológicos* que generan sentimientos de desamparo, pérdida de la capacidad de cuidar de sí mismo, actitud de darse por vencido y deseos de morir (7). Repercute negativamente sobre la superación de las *necesidades básicas* que según el modelo conceptual de Virginia Henderson son 14 necesidades fundamentales del ser humano diferentes que colmar o satisfacer (12) (respirar, comer y beber, eliminación, movilización y conservación de la buena postura, dormir y reposar, vestirse y desvestirse, mantenimiento de temperatura corporal dentro de límites normales, estar limpio, cuidado y proteger sus tegumentos, evitar peligros físicos y psíquicos, comunicarse con sus semejantes, obrar de acuerdo con sus creencias y valores, realizarse, recrearse y aprender y todas estas necesidades sufren alteraciones negativas que originarán problemas ante la presencia, en mayor o menor grado, del dolor.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Ante el tratamiento del dolor hemos de tener presentes algunas líneas de acción, tales como (7):

1. Estar pendientes en cuanto a la aparición del dolor. No permitir que se agrave antes de emprender acciones para mitigarlo.
2. Administrar analgésicos en horario regular "reloj en mano".
3. Percatarse de los factores que producen o agravan el dolor, especialmente la fatiga, falta de sueño, ansiedad, angustia, depresión, náuseas y vómitos.
4. Planear ajustes para el momento de recibir malas noticias, exámenes diagnósticos.
5. Conocer efectos adversos de los medicamentos utilizados.

La evolución de un paciente que sufre exige por parte de la enfermera el conocimiento de todas las diferentes fases del dolor, la observación de las reacciones, así como la identificación de los factores que influyen en el dolor y que influencian las reacciones del paciente. Una serie de puntos pueden guiar a la enfermera a su evaluación (10).

a) Localización del dolor.
b) Origen del dolor: múltiple o único.

c) Momento y duración del dolor.

d) Dolor intermitente o constante.

e) Intensidad o tipo del dolor: agudo o crónico.

f) Causas del dolor según el paciente.

g) Medidas capaces de salvar el dolor sobre el paciente.

El dolor, esa sensación penosa y desagradable que para muchos enfermos, como dice John Milton en su Paraíso Perdido, "Lo peor de las miserias humanas" suele presentarse en las personas mayores, acompañándose frecuentemente de reacciones psicológicas que pueden aumentar la intensidad.

Para buen número de personas de edad vivir es una experiencia dolorosa; varios de ellos asocian el comienzo de la vejez con la aparición de dolor lumbar, articular y muscular. El nivel de tolerancia suele ser más débil y las sensaciones dolorosas son difíciles de asegurar (5).

El dolor excesivo impide a la persona de edad, asegurar su seguridad pues él no le permite vivir normalmente ni tener una cierta calidad de vida. Estos dolores hacen nacer el temor, la ansiedad, acentuando la dependencia e impidiendo los ánimos para conservar la vida (5).

TERAPIA

La alteración del bienestar en relación al dolor agudo o crónico es un diagnóstico de enfermería geriátrica corriente a causa de la presencia de numerosas enfermedades crónicas, que acompañan al envejecimiento. El rol de enfermería tiene su punto de mira (su objetivo) en reducir el dolor y la falta de confort que amenazan la integridad del paciente.

Los dolores crónicos más frecuentes en las personas de edad son los dolores musculares, artríticos, nerviosos y los dolores vasculares. Para aliviar y ayudar a controlar el dolor, la enfermera debe enseñar estrategias diferentes a los fármacos y sugerir otras alternativas.

Antes de embarcarse en tratamientos complicados para el dolor, se puede emplear una serie de tratamientos simples, ya que cualquiera de ellos puede beneficiar al paciente. El valor del descanso suele subestimarse. Por encima de todo se encuentra el descanso, que representa una reducción del trabajo en la parte del cuerpo afectada, lo que puede aliviar el dolor por sí solo (6).

Algunas estrategias que la enfermera puede usar

1. Manipula al anciano con la mayor dulzura posible, sin brusquedades ni tirones. Las quejas más frecuentes son justamente las realizadas por la negligencia de los miembros del personal que les rodea durante las manipulaciones.
2. Tocar al paciente y sostenerle la mano lo más frecuentemente posible.
3. Facilitar el reposo utilizando todos los medios conocidos.
4. Utilizar todas las almohadas necesarias a fin de sostener las partes del cuerpo susceptibles de hacer sufrir al anciano e instalarlo convenientemente.
5. Movilizar al paciente respetando su ritmo.
6. Hacer funcionar su creatividad para lo que habrá que encontrar actividades capaces de distraerle de su dolor.
7. Utilizar los analgésicos de forma inteligente según un horario armonizado con las actividades cotidianas.
8. Intentar animar los factores relativos al contexto psíquico y emocional del paciente (amigos, familia...).
9. Utilizar métodos diferentes y combinarlos.
10. Evitar en lo posible la ansiedad y la fatiga (13):

– Dándole tiempo para realizar sus funciones: vestirse, moverse...

– Mitigando, si está hospitalizado, los temores mediante explicaciones claras, cortas y concretas de su: ubicación, personal que le atiende, normas, aclaraciones diagnósticas y terapéuticas, etc.

– Distracción del dolor: recordando sucesos pasados y estimulando las relaciones sociales.

11. Incite al paciente a cuidar de sí mismo y a realizar ejercicio, dentro de unos límites. La inmovilidad es causa de numerosas complicaciones.

UTILIZAMOS DIFERENTES MODALIDADES PARA COMBATIR EL DOLOR

Principalmente crónico.

Dos elementos son esenciales en la composición del dolor de un paciente: el trastorno físi-

co primario, tal como el proceso artrítico o el tumor maligno en expansión, y la reacción emocional al problema, es decir, el grado de molestia que produce; por lo que únicamente se obtendrán resultados apreciables cuando se aplica un enfoque integrado, combinando todas las modalidades (tabla 4) (11).

Tengamos presente que además de estos dos componentes esenciales en la composición del dolor, otros factores ya comentados son capaces de influir positiva o negativamente en el dolor.

1. *Métodos farmacológicos.* Entre los que contamos con analgésicos, analgésicos narcóticos, sedantes, antidepresivos, antiepilépticos, esteroides, bloqueantes adrenérgicos, cremas tópicas, antieméticos.

2. *Métodos no farmacológicos*

A) ESTIMULACIÓN CUTÁNEA (2)

Es la estimulación en la piel con el propósito de aliviar el dolor.

a) *Masaje superficial*

El masaje forma parte de un amplio complejo resultante de medidas terapéuticas de las numerosas existentes (14).

Los efectos secundarios, así como las contraindicaciones son mínimas.

Pueden aliviar el dolor leve.

El masaje se basa fundamentalmente en la transmisión de efectos analgésicos, sedantes y/o estimulantes, del terapeuta al paciente (14).

El masaje se utiliza por cuatro principios básicos y de ahí las distintas definiciones:

1. Para calmar el dolor, relajar y sedar.
2. Para liberar tensiones y aliviar fatiga mental y física.
3. Para estimular los músculos y secundariamente el aparato locomotor.
4. Evitar lesiones (preventivo).
5. Con fines psicológicos.

b) *Presión sobre puntos gatillo o puntos de acupuntura.*

Puede ser muy eficaz pero molesto.

Acupuntura: pretende devolver la armonía perdida compensando las fuerzas de las sustancias y funciones bipolares para restablecer la unidad de los procesos vitales (15).

c) *Vibraciones.*

Es una forma muy vigorosa de masaje. Hay poco riesgo de lesión histica.

d) *Aplicación de calor o frío.*

Eficaces para el dolor bien localizado.

Se consigue el efecto analgésico por tres vías:

1. Proporciona sensación de confort y relajación.
2. Aumenta el flujo sanguíneo, lo que da lugar a una disminución de los metabolitos productores del dolor.
3. Actúa como "contrairritante", si la intensidad del calor es suficiente puede proporcionar el alivio del dolor mediante un efecto de estimulación cutánea que a su vez pone en marcha los mecanismos de modulación del dolor a nivel del sistema nervioso central (1).

e) *Aplicación del hielo/masaje.*

Toda sustancia congelada aplicada a la piel es molesta, pero sólo durante los primeros instantes, hasta que la piel se entumece. La aplicación debe ser al menos de 10'. El dolor debe estar bien localizado pudiendo aliviar el dolor intenso.

B) DISTRACCIÓN

Al hablar de distracción nos referimos al centrar la atención en estímulos distintos a la sensación dolorosa. El paciente se protege a sí mismo de la sensación dolorosa aumentando otros impulsos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, moverse, tocar). Se orienta la atención a otros estímulos que pueden ser internos o externos.

Las características de la distracción son:

– La atención se centra en un estímulo diferente al carácter desagradable del dolor.

– El dolor está en el borde o la periferia de la conciencia.

– Cuando el estímulo de la distracción cesa, la atención se centra de nuevo en el dolor.

Tabla 4. Métodos de analgesia.

1.ª	Métodos farmacológicos
2.ª	Métodos no farmacológicos
2.ª A)	Estimulación cutánea.
2.ª B)	Distracción.
2.ª C)	Relajación.
2.ª D)	Visualización.
2.ª E)	Reflejoterapia podal.
2.ª F)	Psicoterapia.
2.ª G)	Modificaciones en la conducta mediante condicionamiento operativo.

Las investigaciones y observaciones clínicas muestran que las estrategias de distracción son técnicas poderosas para hacer más soportable para el paciente incluso el dolor intenso.

Entre ellas contamos con la música, la revisión de la vida...

C) RELAJACIÓN

La relajación puede definirse como un estado de relativa libertad tanto de la ansiedad como de la tensión muscular esquelética, proporciona una tranquilidad o calma de la mente y de los músculos.

El conocimiento de lo que no es relajación es importante, puesto que muchos profesionales de la salud, así como pacientes tienen un concepto simplista de ella. La relajación no es derrumbarse en un sillón frente al televisor, dormir, descansar, sentarse tranquilamente, leer un libro, trabajar en el jardín o hacer algún deporte. Estas actividades pueden promover la relajación pero no debe confundirse con ella.

Las técnicas para conseguirlo o aprender la relajación comprenden una amplia variedad de métodos, entre los que se incluye la meditación, el yoga, la música. Algunas técnicas son sencillas y utilizan lo que el paciente anciano ya ha aprendido, mientras que otras constituyen un programa de entrenamiento y adquisición de habilidad en la relajación e incorporación a la vida diaria.

Es útil para un dolor breve moderado o severo.

Los baños calientes con plantas medicinales (Zauner, 1989) tienen efecto relajante se puede ampliar con plantas medicinales (romero, árnica, castaño...) u otros aditivos (lodos de mar...).

No se deben realizar en fases de dolor agudo. No exceder de 15' ni sobrepasar los 35º C.

D) VISUALIZACIÓN

Imaginar que no se tiene dolor. En cierta forma, esto es la visualización para el alivio del dolor, el uso de la propia imaginación para controlar el dolor, esto implica imágenes mentales o representaciones internas. El anciano imagina de forma deliberada algo sobre el dolor que le proporciona alivio, convirtiendo esta actividad en terapéutica útil.

Sin olvidar otras técnicas para el tratamiento de diversos dolores (14):

- Cinesiterapia: por movimientos.
- Mecanoterapia: con aparatos.
- Ergoterapia: terapia ocupacional.
- Reposos: inmovilización, yesos...
- Hidroterapia: piscina, duchas, lodos, balneoterapia...
- Termoterapia: calor-frío, infarrojos, bolsas.
- Ultrasonidos: micromasaje, calor.
- Actinoterapia: UVA.
- Magnetoterapia: tratamiento por medio de campos magnéticos.
- Presoterapia: tratamiento por técnicas de presión.
- Láser.
- Ayudas ortésicas: técnicas basadas en aparatos que ayudan a una función perdida (posturales, correctoras, funcionales).
- Osteopatía: sistemas terapéuticos que se basan en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones morfológicas y mecánicas del organismo (Still).
- Método de contención ("taping").
- Calentamiento.
- Enfriamiento.
- Relajación: física y psíquica.
- Stretching: vocablo que significa estiramiento.
- Gimnasia y deporte terapéutico.

No todas estas técnicas son básicamente técnicas antálgicas pero sí ayudan en muchos casos.

E) REFLEJOTERAPIA PODAL

La reflejoterapia podal se fundamenta en el hecho de que los trastornos orgánicos se proyectan a la planta de los pies, en puntos concretos (15).

Al presionar estos puntos surgen situaciones relajantes, disminución o supresión del dolor, distensión de músculos, por lo que alivia la tensión de todo el cuerpo (14).

F) PSICOTERAPIA

Aquellas formas de tratamiento basadas fundamentalmente en la comunicación verbal con el paciente.

Pudiendo verse implicados:

– Terapeuta y paciente = terapia individual.
– Terapeuta y grupo de pacientes = terapia de grupo.

Las diferentes formas de psicoterapia y su utilización en el tratamiento del dolor son las siguientes:

a) *Terapia de apoyo:* escuchar atentamente la conversación del paciente mostrando su comprensión o su preocupación, en el curso de la sesión el terapeuta aconseja y da confianza al paciente.

b) *Terapia de sugestión:* utilización de la sugestión directa al objeto de intentar ayudar al paciente a resolver sus dificultades. La máxima expresión es la hipnosis.

c) *Terapia de interacción:* su objetivo consiste en ayudar al paciente a comprender el significado de la sintomatología que presenta, abarcando la interpretación de las dificultades de éstos en la vida diaria.

Terapia compleja y lenta, puesta en práctica fundamentalmente por psicólogos y psiquiatras con un entrenamiento específico.

En personas de edad no es muy fácil realizarla, ya que para ser susceptibles a la misma, se precisa entre otros: ser inteligentes y lo suficientemente conscientes de su "estado mental interno" como para permitir el establecimiento de una relación de trabajo adecuado con el psicólogo.

d) *Psicoterapia de grupo:* el método entre otras razones (económico-tiempo) se realiza cuando se prevee que el paciente puede tener dificultades en establecer relación con su psicoterapeuta o bien cuando se prefiere que mejore su capacidad de relación con otras personas. Otra ventaja es la disminución de la sensación de soledad o de sentirse diferente por parte del paciente cuando se encuentra entre otras personas con una problemática física, social similar a la de él.

G) MODIFICACIONES EN LA CONDUCTA MEDIANTE CONDICIONAMIENTO OPERATIVO

Esta forma de tratamiento del dolor crónico se basa en el criterio de que todas las formas de conducta, incluyendo la que se asocia al dolor, son aprendidas, y que los déficits en el proceso de aprendizaje pueden ser modificados o corregidos sin que ello suponga una intervención directa sobre la vida elemental del paciente.

a) *Hipnoterapia:* la hipnosis es aquel estado de la mente en el que el individuo muestra un aumento de la susceptibilidad frente a las sugestiones realizadas por el hipnotizador, ya sea con efectos terapéuticos o en circunstancias diferentes.

La principal indicación de la hipnosis parece residir en aquellos casos en los que el dolor no es importante y en el que tanto la ansiedad como la tensión juegan un papel destacado en cuanto a la provocación o el mantenimiento de la sintomatología.

b) *Biofeedback:* el proceso consiste en informar a los pacientes sobre aquellos cambios de las funciones fisiológicas de los que no son habitualmente conscientes.

Por extraño que parezca, los pacientes aprenden a alterar diversas funciones fisiológicas mediante la concentración en el "feedback" que es modificado únicamente a expensas del esfuerzo mental.

c) *Acupuntura:* el objetivo de la acupuntura tradicional era el mantenimiento del equilibrio del individuo, lo que se consigue mediante el balance de los dos estados del cuerpo, el Yin estado positivo, y el Yan, el activo.

CONCLUSIONES

1.ª Que el dolor es una impresión penosa experimentada por un organismo o parte y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos (16).

2.ª La existencia real de factores capaces de aumentar el umbral doloroso y otros factores capaces de reducir este umbral, debiendo tener muy presentes estos últimos en la asistencia al anciano dada la capacidad de "aumentar" el dolor que tienen.

3.ª El conocimiento de la personalidad del anciano nos informará en gran medida de su capacidad para enfrentarse con un cuadro álgico.

4.ª Pese a que la valoración del dolor es difícil de realizar existen métodos más o menos sofisticados, pero no infalibles. Como personal cuidados tenemos maneras de valorar el dolor, de forma aproximada, mediante la comunicación verbal con el anciano/a y con la familia y mediante la observación directa y atenta del comportamiento de la persona en diferentes áreas de la vida y de las expresiones faciales.

5.ª El dolor, no superado, influirá negativamente sobre las necesidades fundamentales, dando lugar a problemas que aumentarán la sensación dolorosa.

6.ª Que existen unas líneas de acción por parte de enfermería que hemos de tenerlas siempre presentes en la lucha contra el dolor.

7.ª Que el dolor puede impedir a la persona vivir normalmente, así como negarle una cierta calidad de vida.

8.ª Estos dolores comentados hacen nacer el temor y ansiedad, lo cual acentuará su dependencia y le impedirá los ánimos para conservar la vida.

9.ª Que existen técnicas no farmacológicas, algunas de ellas practicables por las enfermeras/os que en determinados momentos pueden superar crisis de dolor agudo o al menos ayudar a ello.

AGRADECIMIENTO

A la profesora M.ª Antonia Solans García por su ayuda en la traducción al inglés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boond MR. Dolor, naturaleza, análisis y tratamiento del mismo. Barcelona, Horofarma, S.A., 1984.
2. Cuadra Campubri H, Nuin Orrio C, Sánchez Fernández M. Consideraciones alternativas sobre el dolor en el anciano. Revista Gerokomos 1994;5(12):101-6.
3. Harol T. Davenport. Anestesia en Geriatría. Barcelona, Futura-3 1989.
4. García Fernández JL. Características de las enfermedades en Geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en Geriatría. Historia clínica en los ancianos. En: Manual de Geriatría de Salgado A. y Guillén Fco. Barcelona, Salvat 1990.
5. Berger L. Evitar les dangers en personnes âgées de Berger Louise et Mailloux-Poirier D. Quebec (Canada). Ed. Etudes Vivantes 1989.
6. Maravillas de nuestro cuerpo, sistema nervioso. Agonía y éxtasis. Madrid, Club Internacional del Libro 1993.
7. Molbo DM. Cáncer. En: Tratado de Geriatría de Carnevali. Doris L y Patrik Maxime. México, Interamericana, Ed. 2.ª 1986.
8. Enciclopedia de Medicina y Enfermería. Ed. Océano. Barcelona 1989.
9. Martínez Hernández A. Dolor agudo y dolor crónico. En: Dolor agudo y crónico. Actitudes Terapéuticas. Barcelona, Martgraf 1990.
10. Mailloux-Poirier D. Se mouvoir et maintenir une bonne posture. En: Personnes âgées de Berger Louise et Mailloux-Poirier D. Quebec (Canada). Etudes Vivantes.
11. Evans PJD. Dolor crónico en las personas de edad. En: Anestesia en Geriatría, de Harold T. Davenport. Barcelona, Futura-3 1989.
12. Phaneuf M. Sonis infirmiers, la démarche scientifique, orientation vers le diagnostic infirmier. Montreal, Mc Graw-Hill 1986.
13. Panayotoff K. Tratado del dolor en el anciano. Revista Nursing Marzo 1983:63-9.
14. Vázquez Gallego. El masaje terapéutico y deportivo. Madrid, Mandala 1993.
15. Zauner R. Los dolores de espalda y su tratamiento natural. Barcelona, Integral 1989.