

Jairo Ramón Villasmil-Ferrer

<https://doi.org/10.35381/s.v.v9i2.4801>

La percepción psicológica del dolor: Una visión integral para el personal de salud

Siendo el dolor una experiencia universal, paradójicamente es profundamente subjetiva. En el entorno sanitario, suele ser abordado desde una perspectiva netamente fisiológica, más centrada en las lesiones, la sintomatología y el tratamiento farmacológico. No obstante, cada vez más investigaciones presentan evidencias de que el dolor no es solamente una señal biológicamente hablando, sino más bien una vivencia psicológica compleja, influenciada por factores de orden emocional, cognitivo, e incluso de tipo social y cultural. Para los especialistas del área de salud, la comprensión de esta dimensión es esencial para ofrecer una atención más empática, efectiva, es decir humana. Esta editorial reflexiona sobre la percepción psicológica del dolor, los factores que interviene, y la necesidad de ampliar el abordaje y la investigación científica en relación a este fenómeno.

Desde la neurociencia, se reconoce que el dolor involucra múltiples sistemas, pero más allá de la activación neuronal, el dolor es interpretado y se vive de forma única por cada individuo como paciente. Esta percepción del dolor no depende únicamente de la intensidad del estímulo, sino de cómo lo procesamos cognitivamente, es decir: ¿Qué significa ese dolor para el paciente? ¿Qué estados emocionales lo acompañan? ¿Qué expectativas tiene acerca de su evolución? Por ejemplo, un mismo dolor físico puede ser tolerado por un atleta como parte de su entrenamiento, mientras que en un paciente con un cuadro marcado de ansiedad puede generarle desesperación. Esta notoria diferencia no está en el cuerpo, sino más bien en la mente que lo interpreta. La ansiedad, la depresión y el estrés aumentan la percepción del dolor. El sistema límbico amplifica la señal cuando el paciente se encuentra en estado emocionalmente vulnerable, pero por el contrario, estados de calma y seguridad pueden disminuir la intensidad, como es percibida. Las creencias y expectativas sobre el dolor, como por ejemplo, “esto nunca va a mejorar”, influyen en su vivencia. Las expectativas

Jairo Ramón Villasmil-Ferrer

negativas o pesimistas pueden generar excesivo automonitoreo e hipervigilancia, mientras que actitudes esperanzadoras puede favorecer la tolerancia con respecto a este. Con respecto a la atención y distracción, cuando el paciente se enfoca en el dolor, este puede intensificarse. De tal manera que técnicas de distracción, meditación, relajación (técnicas de relajación muscular de Jacobson, o progresiva de Schultz, Mindfulness, por ejemplo) o enfocarse en otras tareas pueden reducir la percepción dolorosa.

También el dolor se aprende. Experiencias previas, modelos familiares y creencias culturales moldean cómo se expresa y se interpreta. En algunas culturas, el dolor se vive en silencio; en otras, se verbaliza de manera intensa. En cuanto al apoyo social, al sentirse el paciente en compañía, comprendido y validado emocionalmente, se reduce el impacto del dolor. En cambio, la soledad y el aislamiento lo agravan.

El especialista del área de salud no solo debe atender o prescribir analgésicos, sino también modular la experiencia del paciente a través de actitudes, su lenguaje y el vínculo terapéutico. Para validar el dolor sin minimizarlo ni juzgarlo, se parte del principio de la escucha activa. Deben evitarse tecnicismos que generen confusión o miedo, estableciendo una comunicación clara. Mostrando comprensión y respeto por la vivencia subjetiva, se logra establecer empatía clínica. Explicando cómo la ansiedad y el estrés influyen en el dolor, se está “educando emocionalmente”. Finalmente, se debe derivar a psicólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales cuando sea necesario. Un personal de salud que reconoce la dimensión psicológica del dolor puede lograr mejoras en la adherencia al tratamiento, al reducir el sufrimiento. Todo esto tendería a un fortalecimiento del vínculo terapéutico.

A pesar de los avances, aún existen vacíos en la comprensión integral del dolor. Se requiere más investigación en áreas como la neuropsicología del dolor crónico, indagar en cómo se reorganiza el cerebro en pacientes con dolor persistente. Evaluar la eficacia de intervenciones psicológica, indagando por ejemplo qué técnicas (mindfulness, terapia cognitiva, biofeedback) podrían ser más efectivas según el tipo de dolor. El dolor en poblaciones vulnerables, como niños, adultos mayores, neurodivergentes, pacientes con limitaciones motoras, sensoriales o funcionales.

Jairo Ramón Villasmil-Ferrer

También indagar en cómo influyen las creencias colectivas en la expresión del dolor (psicología cultural del dolor), y cómo se relacionan los trastornos emocionales o mentales con la percepción y cronificación del dolor. Estas investigaciones permitirían diseñar protocolos clínicos más integrales, donde el tratamiento del dolor no se limite a lo farmacológico, sino que incluya el acompañamiento emocional y la educación del paciente.

Dr. Jairo Ramón Villasmil-Ferrer. Ph.D

jaravife2004@yahoo.com.mx

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Santa Ana de Coro,
Falcón, Venezuela

<https://orcid.org/0000-0002-5535-3132>