



Aspectos psiquiátricos del dolor crónico

Autora: Iraida Ramírez Castañón, paidopsiquiatra adscrita al Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Se ha recorrido un largo camino –y sin embargo aún falta mucho por andar– desde que en la antigua Grecia el dolor era atribuido a las flechas que los hombres lanzaban a los hombres. Más tarde, Aristóteles pensaba que la experiencia del dolor era una pasión negativa, una emoción opuesta al placer; postuló que el dolor era el resultado de un incremento en la sensibilidad al tacto, la cual era transportada por la sangre hasta el corazón, siendo éste el centro de la sensación.

La interpretación aristotélica del dolor predominó en el pensamiento occidental hasta que fue sustituida por la postulación de Descartes, quien, en el siglo XVII, acuñó la idea de que el cerebro era el centro de la sensibilidad y que el dolor era transmitido por pequeños filamentos que corrían desde la piel hasta el cerebro, por los que se transportaban pequeños organismos que se producían y almacenaban en el cerebro llamados espíritus animales; es decir, consideraba al dolor como una sensación (tal como el calor o el frío).

El dolor, según Descartes, se producía cuando, por ejemplo, las veloces partículas de fuego perturbaban los filamentos nerviosos y dicha perturbación, al llegar hasta el cerebro, activa los espíritus animales que entonces viajan hasta los músculos y se produce el movimiento, la conducta que evita el dolor (por ejemplo, retirar el pie de la llama).

Este modelo mecanicista del dolor persistió en el mundo occidental hasta mediados del siglo XIX, cuando como consecuencia de las investigaciones científicas en el campo de la medicina y la biología gradualmente se desarrolló un modelo más amplio del dolor, si bien igualmente orgánico y mecanicista. Poco a poco términos como neuronas, nocicepción, vías neuronales ascendentes y descendentes fueron enriqueciendo este modelo y proporcionaron la entusiasta expectativa de que el completo descubrimiento de la anatomía y la fisiología de las

Referencias bibliográficas

1. Díaz GR, Spielberger, CD. IDARE. *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. El Manual Moderno. México, 1975, pp. 1-28.
2. France RD, Krishnan KRR (eds.). Chronic Pain. *American Psychiatric Press*. EUA, 1988, p. XVII-XIX, 16-27, 264-320.
3. France RD, Krishnan KR, Houpt JR. Overview. En: France RD, Krishnan KR (eds.). *Chronic Pain*. EUA, 1988, p. 2-15.
4. King SA. Psychological aspects of pain. *Mount Sinai J Med*. 1991, 58: 203-207.
5. Loesser JD, Seres JL, Newman RI. Interdisciplinary, multimodal management of chronic pain. En: Bonica JJ (ed.). *The management of pain* (2nd.ed.). Lea & Febiger. EUA, 1990, p. 2107-2120.
6. Morris D. *La cultura del dolor*. Andrés Bello. Chile, 1996.
7. Ramírez I. Avances en la neurobiología del dolor. En: Avendaño-Inestrillas J, Díaz MA. *Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria*. Libro homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2005, p. 291-300.
8. Ramírez I, DeLille R, Guevara U. *El papel del psiquiatra en la clínica del dolor*. Tesis del curso de clínica del dolor. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Febrero, 1994.
9. Stengel E. Pain and the psychiatrist. The thirty-ninth maudslay lecture, delivered before the royal medico-psychological association, 20th november, 1964. *Brit J Psychiat* 1965, 3:795-802.
10. Swanson DW. Less obvious aspects of chronic pain. *Postgrad Med* 1976, 60:130-134.
11. Tyrer SP. Pain and the psychiatrist (annotation). *Stress Med* 1987, 3:259-260.

vías nociceptivas (las vías del dolor) era solamente cuestión de tiempo: ello traería necesariamente la comprensión íntegra del mecanismo biológico del dolor y, por ende, la posibilidad de ejercer el pleno control terapéutico del dolor.⁷

Fue entonces cuando se consolidó la idea dicotomizada del dolor: existe un dolor físico, a cuyo estudio se enfoca la investigación científica, y un dolor mental, cuyo ámbito se aparta de la ciencia –al menos en el mundo occidental– y se traslada a la religión, la filosofía y, después de un tiempo, también a la psicología y a la psiquiatría.

Parafraseando a David Morris,⁶ en el siglo XIX surge en la mayor parte del mundo occidental el mito de los dos dolores: el dolor era descrito enteramente dentro del modelo médico, es decir, como producto de una lesión que provoque daño a los tejidos, generando impulsos nerviosos a través de las vías de dolor conocidas y cuyo remedio es tratar la parte afectada o, si es necesario, emplear medidas sistémicas.¹¹ Se reconocía, no obstante, la existencia del dolor mental, de origen psicológico. De esta forma, se dividió al dolor en dos categorías: el dolor real (de causa orgánica) y el dolor imaginario (de causa psicológica).⁴

La situación se complicó en los años siguientes, cuando resultó evidente que no podía pasarse por alto la existencia de lo que se llamó dolor agudo, que aparece como respuesta inmediata a estímulos nocivos provenientes del interior o del exterior del organismo que causan daño a los tejidos y cesa cuando desaparece el estímulo nocivo o se restaura la integridad y/o la funcionalidad del tejido dañado. Tampoco se podía ignorar el llamado dolor crónico, el cual ha pasado por multitud de estudios y definiciones, ya que éste puede originarse y persistir aun en ausencia de daño evidente a los tejidos o no obstante el tratamiento médico o la desaparición del estímulo nocivo, todo lo cual ha situado al dolor crónico en una posición tal que la investigación científica médica y biológica ha debido aceptar la confluencia de otros muchos factores en su fisiopatología y mantenimiento, y por lo tanto, la participación de otras disciplinas no médicas en su estudio.⁷ Ahora se estudia al dolor como una entidad en la que confluyen no

solamente aspectos biológicos, sino también psicológicos, sociales, culturales y filosóficos, que resultan inseparables para su mejor comprensión. Asimismo, se ha reconocido que el dolor crónico no es simplemente una extensión temporal del dolor agudo, en vista de sus especiales características; por ejemplo, en algunos casos su origen o supervivencia aun en ausencia completa de una causa orgánica identificable.

A la luz de las actuales evidencias, el concepto de los dos dolores es del todo erróneo, pero desafortunadamente difícil de erradicar por completo, aun en nuestro tiempo, incluso en el ámbito médico. El estado de las cosas es tal, que ahora los modelos de dolor incluyen necesariamente esta gama de aspectos: biológicos, psicológicos, sociales, culturales y filosóficos que, según parece, resultan inseparables para dar origen a lo que se ha llamado la experiencia de dolor en el humano.

Las revistas científicas dedicadas a la investigación del dolor suelen incluir estudios de diversas disciplinas, ya que el enfoque médico organicista no abarca la comprensión integral del dolor, de tal manera que si bien en los últimos 50 años han surgido importantes avances en el descubrimiento de aspectos neurológicos y, en general, biológicos del dolor, ha resultado evidente que éstos representan sólo una parte del fenómeno doloroso.

Lo que se ha denominado experiencia dolorosa se acerca más al concepto del dolor como una percepción (las percepciones requieren un sustrato biológico: el sistema nervioso, pero también un complejo psicológico, cultural– social, matizado por la experiencia previa) altamente subjetiva. El planteamiento de que el dolor no significa únicamente una emoción, como en la conceptualización hipocrática, o una sensación, como en la aristotélica, representa un cambio actual sumamente significativo.

Por otro lado, la experiencia dolorosa es altamente subjetiva y particular para cada individuo, y aún falta mucho para alcanzar

una comprensión más satisfactoria del dolor. También se ha hecho evidente que esta complicada tarea debe ser prioritaria en el ámbito de la investigación en salud. Otro asunto relevante, al menos en países en donde se otorga gran importancia a los aspectos económicos de las enfermedades (el costo económico que implica una entidad patológica en todas sus facetas), es que el dolor –en especial el crónico– representa un enorme gasto que, por otra parte, no se refleja en el estado de alivio de los pacientes que sufren dolor.

Actualmente se acepta que prácticamente en todos los pacientes con dolor existen tanto factores orgánicos como psicológicos y socioculturales. Este reconocimiento resulta especialmente decisivo en la comprensión y el manejo del dolor crónico, es por ello que en este tipo de dolor se requiere de la participación de los aspectos psiquiátricos.

Fue hace relativamente poco tiempo, en 1945, que el anestesiólogo norteamericano John J. Bonica comprendió que los complejos problemas del dolor requieren de un vasto conocimiento y experiencia, mucho más de los que puede poseer un solo individuo. Como resultado, concibió la noción de que “los complejos problemas de dolor pueden ser tratados más efectivamente por un equipo multidisciplinario, en donde cada miembro contribuirá con los conocimientos y habilidades de su especialidad al propósito común de realizar un diagnóstico correcto y desarrollar la estrategia terapéutica más efectiva; cada individuo aprende de los otros miembros del equipo y sus límites territoriales se hacen menos definidos; entonces, comienzan a ser realmente especialistas en el manejo del dolor (algólogos), de modo que se extienden más allá del campo de sus disciplinas básicas”.⁵

La idea de Bonica se vio cristalizada con mayor fuerza a principios de la década de 1960 con el establecimiento de clínicas pioneras multidisciplinarias para el tratamiento del dolor. El paradigma básico de esta nueva comprensión médica del dolor se puede resu-

mir así: desde tiempos hipocráticos el dolor ha contado con el claro y seguro estatus de síntoma (un mensaje que la enfermedad compone y envía). Ahora, el mensaje es que el dolor es la enfermedad. El dolor es el diagnóstico y no el síntoma.⁶

Dolor agudo/dolor crónico

Etimológicamente, la palabra inglesa *pain* deriva del griego *poine* y del latín *poena*, términos que significan castigo y su efecto consecuente. La expresión *pain*, como es usada hoy en día, tiene el equivalente griego del vocablo *algos* y la palabra latina dolor, raíz de los términos *dolore* (italiano) y *doleur* (francés).³

Después de múltiples intentos por definir el dolor, el subcomité de taxonomía de la IASP (Internacional Association for the Study of Pain) acuñó la siguiente definición, aún en uso: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial al tejido, o descrita en términos de dicho daño” (IASP, 1979). Esta concepción acerca de que el dolor puede ocurrir sin el menor estímulo somático altera los antiguos modos de pensar.

Bonica definió así el dolor agudo: “el dolor agudo es una compleja constelación de experiencias displacenteras sensoriales, perceptuales y emocionales, y algunas respuestas asociadas autónomas, psicológicas, emocionales y conductuales”.³ Invariablemente, el dolor agudo y estas respuestas asociadas son producidas por estímulos nociceptivos. Aunque los factores psicológicos tienen una profunda influencia en la experiencia de dolor agudo, rara vez éste se debe primariamente a psicopatología o influencias ambientales. Esto contrasta con el dolor crónico, cuya psicopatología y factores ambientales juegan un rol prominente.

Por otro lado, el dolor agudo disminuye conforme ocurre la curación o la resolución del factor causal (por ejemplo, el dolor de parto, el dolor por fatiga) y previene a la persona de que algo está mal. Es una señal para iniciar la conducta que eliminará la causa del dolor.

El mismo Bonica define así el dolor crónico: “el dolor crónico es aquel dolor que persiste un mes más de la duración del curso usual de una enfer-

medad aguda o del tiempo razonable para que una herida sane, o bien, cuando el dolor está asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo, o el dolor recurre a intervalos de meses o años”.³ Algunos clínicos consideran un periodo arbitrario de más de seis meses de duración para clasificar a un dolor como crónico, pero esto no parece ser del todo adecuado debido a que no toman en cuenta que diversas lesiones y padecimientos poseen tiempos usuales de recuperación, y resulta más exacto considerar la evolución hacia el alivio o el empeoramiento del dolor más allá del tiempo esperado.

Ejemplos de dolor crónico son la cefalea, el dolor de espalda, la artritis, el cáncer, algunas enfermedades psiquiátricas como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatoformes, la hipocondría y el trastorno de dolor psicógeno, por mencionar algunos.

Muchas veces el dolor crónico persiste no obstante el tratamiento y el paso del tiempo. El paciente y el médico suelen tratar de encontrar una explicación satisfactoria a la presencia y continuación del dolor. La patología fisiológica, anatómica y bioquímica identificada por el examen físico y las pruebas diagnósticas usualmente no explican por completo la causa del dolor. Las personas con dolor crónico suelen exhibir alguna actividad autónoma: síntomas neurovegetativos tales como los trastornos del sueño, alteraciones del apetito y del peso, disminución de la energía y de la libido, reducción de la concentración, irritabilidad. Con frecuencia tienen una historia de múltiples intervenciones médicas y quirúrgicas. El distrés emocional asociado, los trastornos familiares, económicos y en general la alteración del estilo de vida secundarios a la persistencia del dolor, se vuelven por sí mismos problemas significativos. Estos tipos de distrés, el aislamiento social, la inactividad y la creencia de que el dolor proviene de una enfermedad seria han sido descritos por Pilowsky como la “conducta anormal asociada a la enfermedad”.¹

Dolor crónico y psiquiatría

Mientras se expande el conocimiento sobre el dolor, en especial respecto a la complejidad del dolor crónico, se clarifica cada vez más que éste es un síndrome complejo. Actualmente los profesionales del campo del dolor crónico aceptan que la evaluación debe ser multidisciplinaria y que en la mayoría de los pacientes se requiere de más de una modalidad de tratamiento. En resumen, el objetivo común del equipo multidisciplinario de una clínica del dolor es, en última instancia, la mejoría de la calidad de vida del individuo con dolor. El equipo puede estar formado por anestesiólogos, médicos internistas, neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, personal de enfermería y trabajadores sociales. Lo más deseable es que todos ellos tengan un entrenamiento previo en el campo de la algología.

El paciente con dolor crónico presenta uno de los problemas más difíciles e ingratos de la práctica médica, y desafortunadamente aquellos profesionales de la salud que no se especializan en la salud mental pueden mostrarse perplejos ante la existencia de varias explicaciones de los aspectos psicológicos del dolor,⁵ así como por el papel que juegan los factores sociales, culturales, económicos y espirituales del dolor, que no suelen ser tomados en cuenta. Entre el personal médico es quizá el psiquiatra quien está mejor preparado para enfrentar los aspectos psicosociales del dolor crónico.^{2,9}

En la atención de la persona con dolor crónico el psiquiatra puede fomentar el trabajo multidisciplinario, ya que forma un puente de unión entre la labor de los médicos especialistas (gracias a su formación médica) y la labor de profesionales del campo psicosocial, como psicólogos y trabajadores sociales. El individuo con dolor crónico de difícil control (como lo es la mayoría de los pacientes que acude a las clínicas del dolor) suele no pocas veces tener problemas familiares, incapacidades o disminución de funciones orgánicas, pérdidas laborales, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad.

Si el enfermo llega a ser atendido en alguna clínica del dolor, generalmente para entonces ya ha consultado a varios especialistas, se ha sometido a diversas pruebas y además, en muchos casos, ha ➔

padecido la antipatía y aversión de los médicos, dado el sentimiento de frustración que estos individuos suelen provocar. Por otro lado, es difícil en estas circunstancias encontrar algún paciente en quien la dimensión psicosocial haya sido explorada más allá de un nivel superficial. El psiquiatra está capacitado para realizar una contribución en la evaluación y manejo de estos aspectos. Las siguientes siete premisas son propuestas por Schwab¹⁰ como causas de que los aspectos psiquiátricos de los pacientes sean pasados por alto:

1. La influencia del modelo biomédico en la educación médica: se tiene la idea de que el todo es meramente la suma de sus partes y se llega a considerar al paciente como objeto.
2. Defensas personales: el entrenamiento médico requiere que se elabore una colección de defensas personales, tales como la negación, el aislamiento del afecto y el distanciamiento (necesarios para enfrentarse a la enfermedad y la muerte y mantener la objetividad), sin embargo, esto también nos aleja del reconocimiento de las emociones del paciente.
3. La contratransferencia: con frecuencia los médicos no toman en cuenta que las actitudes peyorativas y en general contratransferenciales pueden distorsionar su punto de vista acerca de los pacientes, en especial aquellos con enfermedades crónicas y/o psiquiátricas.
4. La distancia social: interfiere con la habilidad del profesional de la salud para identificar la enfermedad psiquiátrica. Por ejemplo, existen estudios que demuestran que los médicos de clase media pueden subestimar los niveles de ansiedad de sus pacientes de clase social baja.
5. La inadecuada atención hacia la historia del paciente al pasar por alto la investigación de detalles de la vida de éste.

6. Con frecuencia el examen del estado mental del paciente se omite. Junto con la depresión y la ansiedad, los trastornos mentales orgánicos son las alteraciones psiquiátricas más comunes en los pacientes con enfermedad médica (incluyendo al dolor crónico), pero tristemente es común que estos padecimientos vean retrasada su detección, o bien, nunca se diagnostiquen.
7. La complejidad diagnóstica: algunas condiciones médicas y psiquiátricas simulan unas a otras; la ansiedad, por ejemplo, puede ser una manifestación de un trastorno por angustia, pero también puede estar causada por una intoxicación por cafeína, por el uso de anfetaminas o puede ser una manifestación temprana de un feocromocitoma, pero también puede estar producida por enfermedades cardiopulmonares, endocrinas, metabólicas, neurológicas, tóxicas. Otro ejemplo es el problema de la depresión en las personas con cáncer. Se sabe que debido al fenómeno psicológico de la contratransferencia, se bloquea con frecuencia el reconocimiento de la depresión en estos pacientes. El médico piensa: ¿no estaría yo deprimido si tuviera cáncer? La depresión se ha detectado en alrededor de 50% de los individuos con cáncer hospitalizados.

Existen estudios que, tomando una muestra de pacientes con dolor crónico, investigan la frecuencia y el tipo de enfermedad psiquiátrica presente sin considerar si los padecimientos psiquiátricos encontrados son causa, acompañante o consecuencia del dolor crónico; una prevalencia de alrededor de 50% suele ser un hallazgo común.⁸ **DOLOR**

Estimado médico, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación envíela al correo electrónico: cenactd@salud.gob.mx
Visítenos en Internet en los sitios: www.imbiomed.com y www.intramed.net