

DOLOR CRÓNICO Y PSIQUIATRÍA

CHRONIC PAIN AND PSYCHIATRY

DRA. LINA ORTIZ MSC (1), DRA. MARITZA VELASCO (2)

(1) Magister en Neurociencias. Departamento Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Programa de Dolor. Departamento Anestesiología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: lortiz@clc.cl

RESUMEN

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y una de las causas de consulta más frecuente en medicina. Si bien el dolor agudo tiene una función protectora, esta se pierde cuando el dolor se hace crónico o persistente y ya no tiene un valor adaptativo. En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, ya que este tiene otras características.

En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado.

La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos, que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico, explica que a menudo fracasen las terapias simples, en la obtención de alivio y se ha visto una mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios, comparados con tratamientos médicos convencionales. Existen factores ambientales y rasgos de personalidad característicos, que facilitan la cronificación del dolor.

El éxito de un buen programa de diagnóstico y tratamiento de dolor crónico, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados depende, en gran parte, de la elaboración diagnóstica realizada en el trabajo de equipo, así como de la decisión terapéutica basada en

un estudio completo e individualizado, de cada caso en particular. La realización de esta tarea no puede lograrse en forma óptima, sin la participación de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Dolor crónico, multidisciplinario, somatización, biopsicosocial.

SUMMARY

Pain is one of the symptoms that most affects and worries people and one of the causes of most frequent medical consultation. While acute pain has a protective function, this is lost when the pain becomes chronic or persistent, and no longer has an adaptive value. Currently, there is a lot of evidence that shows the relevance of psychological and social factors in the perpetuation of pain, when this isn't onchological pain, wich has different characteristics. In chronic pain, alterations in physical systems can lead to behavioral changes, determined by changes in neural circuits caused by an altered psychological processing. The complexity of the neurophysiological mechanisms, involved in the maintenance of chronic pain, explains that simple therapies, often fail in obtaining relief, and greater efficiency of the multidisciplinary treatments, compared with conventional medical treatments has been observed. There are environmental factors and

personality traits that make easy the pain chronification. The success of a good program of diagnosis and treatment of chronic pain, both outpatient and inpatients, depends largely, of the diagnostic elaboration carried out on team work, as well as the therapeutic decision based on a comprehensive and individualized case study of each particular patient. The achievement of this task can not be accomplish optimally, without the involvement of a multidisciplinary team.

Key words: Chronic pain, multidisciplinary, somatization, biopsicosocial.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y es la causa del 15 a 20% de todas las consultas médicas (1,2). En nuestro país, se estima que más de 5 millones de personas sufren de dolor crónico a diario, de las cuales en un 28.8% es de intensidad severa (3), provocando un importante deterioro en la calidad de vida de estas personas y afectando su entorno laboral y familiar.

Evolutivamente, el dolor es fundamental para la sobrevivencia de los seres humanos, nos advierte que algo no está bien, nos señala la presencia de una herida o enfermedad, nos lleva a buscar ayuda médica, contribuye al proceso de sanación promoviendo el reposo y permite la recuperación. Y cuando el dolor ya no está, es aviso de que podemos retomar nuestras actividades.

El dolor también nos recuerda eventos y situaciones amenazantes del pasado, nos enseña qué es lo que debemos evitar en el futuro y nos hace actuar para acabar con la causa del dolor (4).

Individuos nacidos con incapacidad de sentir dolor, difícilmente viven más allá de la adolescencia, pues no son capaces de anticipar las consecuencias de las heridas o enfermedades (5).

Esta función protectora del dolor agudo y limitada en el tiempo, finaliza cuando la herida se sana o la enfermedad se cura. Sin embargo, hay otro tipo de dolor, el dolor crónico o persistente, que no tiene un propósito adaptativo y en este proceso de perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, intervienen importantes factores psicológicos y sociales. Cuando el dolor crónico es severo e intratable, pasa a ser parte de la esencia del individuo y causa estrés y sufrimiento (4).

Estudios epidemiológicos recientes muestran una prevalencia de dolor crónico a 12 meses de 37% en países desarrollados y

41% en vías de desarrollo. Si sólo se considera dolor moderado y severo, la prevalencia por vida es de 25% para la población general (6).

La prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres que en hombres y en sujetos de nivel socioeconómico bajo (7-9). Las localizaciones más frecuentes de dolor crónico incluyen espalda baja, rodillas, cabeza y cuello (10). Cabe señalar que el dolor crónico oncológico, tiene otras características y otro manejo.

II. DEFINICIÓN

El dolor se define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrito en términos de ese daño” según la IASP (*International Association for Study of Pain*) (11).

Se puede manifestar en forma aguda, como síntoma de un daño tisular recientemente ocurrido, donde tiene un rol de protección, o en forma crónica, donde persiste por más de tres meses y pasa a ser una enfermedad en sí mismo (12).

El dolor crónico, tradicionalmente se ha definido por el tiempo de duración, dejando fuera otros aspectos fundamentales de éste.

Desde una perspectiva neurobiológica, el dolor involucra componentes nociceptivos, inflamatorios y/o neuropáticos (13).

Los dolores nociceptivos e inflamatorios son adaptativos y protectores, en cambio, el dolor de origen neuropático, que aparece luego de una lesión o daño directo al sistema somatosensorial, es considerado patológico (14). El dolor neuropático involucra profundas alteraciones en el procesamiento neural normal, tanto periférico como central, de los inputs aferentes.

III. CLASIFICACIÓN

Clasificación según ICD-11

Dolor crónico, de acuerdo al ICD-11, es aquel “dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses”. Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, lo divide en 7 tipos, con subcategorías.

1. Dolor crónico primario
2. Dolor crónico oncológico
3. Dolor crónico post quirúrgico y post traumático
4. Dolor crónico neuropático
5. Dolor crónico orofacial y cefálico
6. Dolor crónico visceral
7. Dolor crónico músculo esquelético.

Clasificación DSM-5

De acuerdo a la clasificación del DSM-5, el dolor crónico corresponde a un "Trastorno por síntomas somáticos, con predominio de dolor", definición que viene a reemplazar a tres de los trastornos somatomorfos del DSM-IV (trastorno por dolor, trastorno por somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado, y en algunos casos, hipocondriasis).

Varios autores ven un importante riesgo de subdiagnosticar el dolor crónico con los criterios del DSM-5 (4). Hasta que estos no sean apropiadamente revisados, el diagnóstico de "Trastorno adaptativo" da mejor cuenta y es más seguro para clasificar a estos individuos.

IV. PROCESAMIENTO PSICOLÓGICO EN DOLOR CRÓNICO

Los seres humanos, frente a los cambios del medio, tanto interno como externo, presentan respuestas fisiológicas y conductuales, las que pueden ser adaptativas o desadaptativas. En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado (15). El control de este procesamiento puede entenderse como un balance entre eventos excitatorios e inhibitorios, que van a actuar en un "terreno" sensibilizado o desensibilizado.

Las regiones cerebrales que consistentemente aparecen implicadas en este tipo de procesamiento son las cortezas somatosensoriales primaria y secundaria (S1 y S2), médula espinal, tálamo, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal (16), áreas mesencefálicas como la sustancia gris periacueductal y cerebelo (17), y estructuras subcorticales que incluyen hipocampo, ganglios basales y amígdala (18).

Las redes cerebrales interconectadas contribuirían a activar y/o desactivar funciones orquestadas con distintos grados de contribución de estas y otras regiones cerebrales.

Como vimos antes, el dolor como respuesta a un estímulo nociceptivo, lleva a los individuos a buscar tratamiento, cuando algo duele, hierde o hace sufrir. Cuando el dolor se hace crónico, ocurre algo diferente, el estado físico y mental se alteran. El dolor físico y emocional existen en un mismo *continuum*, donde comparten vías cerebrales (19).

Hay dos factores esenciales que deben considerarse cuando tratamos de entender el procesamiento psicológico en dolor, desde una aproximación basada en sistemas cerebrales:

- Experimentar dolor puede desencadenar una cascada de eventos neurológicos, sensoriales inicialmente, que llevan a un estado psicológico alterado.

- Estados psicológicos previos pueden determinar un alto riesgo para la cronificación del dolor, debido a procesos como sensibilización cruzada, donde la exposición a un estrés en el pasado, confiere mayor sensibilidad a otros estímulos aparentemente no relacionados, como un trauma infantil, pérdida de uno de los progenitores o una adicción (20-22).

El año 2014 Laura Simons y cols., hizo una revisión de las principales alteraciones conductuales en relación a circuitos neurales y cómo estos se alterarían a consecuencia del dolor crónico (15). Algunos de los datos obtenidos fueron categorizados en los siguientes ámbitos:

A. CIRCUITOS NEURALES Y CAMBIOS DESADAPTATIVOS

- **Neurocircuitos y conducta:** La evolución de un dolor agudo a crónico, no siempre es tan obvia. Muchas veces esto ocurre a consecuencia de una injuria específica, como neuropatía diabética, neuralgia post herpética, o aparece espontáneamente.

- **Conducta de dolor:** Esta puede ser adaptativa o desadaptativa.

La evitación de un estímulo doloroso, o potencialmente doloroso, es una reacción normal, frente a una amenaza aguda, sin embargo, en el dolor crónico esta conducta ya no es adaptativa. Por ejemplo, en un paciente con síndrome de dolor regional complejo, la inmovilidad de la extremidad para evitar el estímulo doloroso, lleva al empeoramiento de su cuadro.

B. ALTERACIONES DEL PROCESAMIENTO PSICOLÓGICO EN DOLOR CRÓNICO

- **Cognición y atención:** La cognición, definida como el acto de conocer incluye alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. La evidencia sugiere que el dolor tendría un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el procesamiento atencional (23) y este afectaría las regiones cerebrales involucradas en la cognición.

- **Alteración en la percepción:** Un buen ejemplo de la importancia de la interpretación corporal en dolor crónico, es la percepción del miembro fantasma, en que la terapia en espejo y la estimulación sensorial, proveen de inputs visuales o propioceptivos al cerebro, que van a corregir estas anomalías perceptuales, generando un importante alivio del dolor.

- **Interocepción:** La percepción individual de la condición fisiológica del propio cuerpo, va a depender del estado emocional y los niveles de estrés a que esté sometido ese individuo. La ínsula anterior tendría un importante rol en este proceso evaluativo. La sensibilidad interoceptiva, además de intensificar la sensibilidad al dolor agudo y disminuir la tole-

rancia al dolor, sería uno de los mecanismos de desarrollo del temor aprendido en los pacientes de dolor crónico.

- **Refuerzo, aversión y motivación:** Los estímulos de refuerzo y aversivos tienen gran capacidad de modificar conductas. Estudios recientes sugieren que, aún en sujetos sanos, existe gran variabilidad en la actividad de los circuitos de recompensa, que predice directamente la respuesta analgésica a los opioides (24).

- **Aprendizaje y memoria:** El dolor es un prominente estresor emocional que puede facilitar la consolidación amnésica y el aprendizaje. Procesos de aprendizaje, tanto implícitos como explícitos, han sido vinculados a la mantención del dolor crónico, donde los procesos implícitos son predominantes, los que debido a su naturaleza inconsciente, son más difíciles de extinguir (25); entre estos está el condicionamiento operante, el aprendizaje social y el condicionamiento clásico.

Bajo condiciones de contingencia operante, una conducta de dolor como es cojear, puede verse mantenida como evitación de un estímulo doloroso actual o futuro (refuerzo negativo) (26), o como una forma de atraer la atención hacia el "rol de enfermo" (refuerzo positivo).

Un ejemplo de aprendizaje social o "modeling" se ha visto en dolor crónico pediátrico, con una alta incidencia de problemas de dolor entre los padres de estos niños (27).

Por último, una forma de condicionamiento clásico es la adquisición de un temor aprendido, frente a lo que antes era un estímulo neutral, como un examen médico. Si este inicialmente se relacionó con una experiencia dolorosa, más adelante el mismo estímulo evoca una respuesta condicionada, como el aumento de la frecuencia cardíaca al acercarse el médico.

C. FACTORES DE RIESGO PRE MÓRBIDO Y DOLOR

- **Trauma físico o psicológico previo:** Ya a finales de los años 50 se planteó la relación existente entre el abuso físico y psicológico y el posterior desarrollo de dolor crónico. Entre los tipos de abuso, el abuso sexual, tanto en hombres como en mujeres, parece conferir la mayor predisposición para la cronificación del dolor (28-34).

- **Disfunción social:** Se ha visto que la exclusión social o *bullying*, el aislamiento y la pérdida de redes de apoyo, contribuirían a una sensibilización cruzada, afectando la percepción del dolor físico.

- **Catastrofización:** Es un estado cognitivo caracterizado por un pensamiento negativo, magnificación y rumiación acerca del dolor. La catastrofización es un factor cognitivo de vulnerabilidad, que puede precipitar síntomas depresivos.

- **Estatus social:** El nivel social bajo, habitualmente tiene un efecto negativo en la epidemiología del dolor crónico. Algunos factores relacionados con el bajo estatus social son obesidad, bajo nivel educacional e inequidades en el acceso a la atención en salud.

- **Género:** Niñas post púberes tienen mayor prevalencia de dolor crónico que niños. Habría varios factores fisiológicos, como las hormonas y menopausia, que contribuirían a estas diferencias. También influye el que las mujeres son más proclives a reportar su dolor (35-38).

Si bien han sido publicados muchos reportes de diferencias de acuerdo al género, en relación a los factores psicológicos involucrados en dolor crónico, los hallazgos no han sido concluyentes (39-42).

V. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

Cuando nos enfrentamos a un paciente con dolor persistente, sabemos que no hay un tratamiento específico para una forma de dolor, especialmente en los síndromes de dolor crónico; aquí es donde toma relevancia la integración de modalidades terapéuticas, en equipos multidisciplinarios que trabajan en forma coordinada, para establecer el diagnóstico y desarrollar la estrategia terapéutica.

La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico, explica que a menudo fracasen en la obtención del alivio, las terapias individuales.

Los médicos de atención primaria son quienes, con mayor frecuencia, tratan pacientes con dolor crónico, los que dependiendo de la complejidad o especificidad del cuadro, necesitan de la visión del equipo multidisciplinario, donde especialidades como la Anestesiología, Fisiatría y Rehabilitación, Psiquiatría, Psicología, Neurología, Traumatología y Odontología, entre otros, deben manejar en forma conjunta un objetivo común, este es el alivio del dolor crónico persistente.

Es necesario también señalar que el tratamiento no adecuado del dolor agudo, puede conducir a su cronificación y la persistencia del dolor crónico puede desencadenar alteraciones en la esfera psicosocial, con respuestas psicológicas diversas, ya que el individuo no encuentra significado a su dolor, pues este no juega un papel de alarma biológica, frente a un peligro que pueda ser evitado o tratado.

Las publicaciones científicas dedicadas a la investigación del dolor, suelen incluir estudios de distintas disciplinas, debido a que un enfoque sólo organicista, no abarca la comprensión integral del dolor (43, 44).

Como hemos visto, en los últimos años han surgido importantes avances en aspectos neurobiológicos y de imágenes del dolor y ha resultado evidente que representan sólo una parte del fenómeno doloroso.

En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, así como también se ha visto una mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios, comparados con tratamientos médicos convencionales (45). Las respuestas características frente al dolor crónico son miedo, desesperación y desesperanza. El manejo cognitivo conductual es fundamental y está validado en múltiples patologías con dolor persistente.

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 manejo del dolor crónico, lo que hace fundamental la consideración de los aspectos psiquiátricos.

Ya en 1945, Bonica concibió la noción de que “los complejos problemas de dolor pueden ser tratados más efectivamente por un equipo multidisciplinario, 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, comenzando entonces a ser realmente especialistas en el manejo del dolor (algólogos), de modo que su quehacer se extiende más allá del campo de sus disciplinas básicas” (43).

El psiquiatra puede ser un importante puente de unión entre los médicos especialistas y la labor de los profesionales del campo psicosocial, como psicólogos o trabajadores sociales, ya que los pacientes, no pocas veces, tienen problemas familiares, incapacidades, pérdidas laborales, depresión, ansiedad, trastornos del sueño y rasgos de personalidad anormales.

En los distintos programas acreditados de centros multidisciplinarios de dolor, la tasa de reversión del síndrome de dolor crónico oscila entre el 50 y 60%, por lo que la relación favorable costo-efectividad, aconseja este abordaje terapéutico como elección útil en los síndromes de dolor crónico, asociado a discapacidad.

Según la IASP se ha estimado que por cada 1.5-2 millones de habitantes, sería adecuada la existencia de centros multidisciplinarios para el manejo del dolor crónico, idealmente con actividad asistencial, docente y de investigación (44).

VI. EVALUACIÓN ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Las evaluaciones psiquiátrica y psicológica son fundamentales antes de establecer la estrategia terapéutica del equipo. Dado que la situación de dolor es un estresor permanente, el paciente que lo padece se relacionará con el equipo en una dinámica muy demandante emocionalmente. Aquí se manifestarán sus rasgos de personalidad, sus modelos relacionales y la manera en que afronta la realidad.

El equipo tratante debe estar al tanto de estas características del paciente, de modo tal, que pueda empatizar con él, o ella, y no proyectar en la relación terapéutica conflictos no resueltos, tanto individuales como grupales.

La evaluación se realiza mediante entrevistas clínicas y la aplicación de cuestionarios específicos, con los que se trabaja el dolor.

Aspectos psiquiátricos

En primer lugar, es necesario evaluar la presencia de síntomas psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos que, como ya vimos, con frecuencia están presentes en la población general, y mientras no sean tratados, no se puede avanzar con el manejo del dolor propiamente tal. Es importante conocer la calidad y horas de sueño, los hábitos de alimentación, funcionamiento cognitivo y si el paciente realiza algún tipo de actividad física.

Aspectos psicológicos

Por otra parte, la evaluación psicológica va dirigida a evaluar el funcionamiento psicológico del paciente; sus mecanismos de defensa, de afrontamiento del dolor, capacidad de tolerancia a la frustración, sus dinámicas relacionales, la existencia de eventos traumáticos, entre otros y las expectativas que tiene en relación al tratamiento.

Es importante identificar los recursos, tanto adaptativos como desadaptativos, con que cuenta el paciente, los que además serán trabajados en la psicoterapia.

Estas evaluaciones están sistematizadas y si bien cada equipo trabaja con distintos modelos, todos abarcan los mismos ámbitos.

El modelo utilizado por nosotros es el que describiremos a continuación, de manera muy resumida y puntualizando los aspectos que nos parecen más relevantes para nuestro trabajo.

A. Síntomas clínicos

- Ansiedad/depresión
- Mala autoestima y pobre percepción de sí mismo
- Alteraciones del sueño, del apetito, de la libido
- Pérdida de la propositividad vital, del sentido de vida
- Juicio de realidad alterado

B. Variables cognitivas

- Ideas y creencias en torno a la enfermedad, que con frecuencia son erradas o están hipertrofiadas por experiencias pasadas del sujeto o personas cercanas a él.
- Temores asociados y pensamientos catastróficos en relación al pronóstico. Especialmente en aquellos pacientes con rasgos de personalidad obsesivos y tendencia a la “rumiación”, que se caracterizan por ver el “peor de los escenarios” o la situación menos frecuente e improbable como el desenlace de su cuadro.

C. Rasgos de personalidad: Pueden ser facilitadores de una mayor tendencia a la somatización y cronificación de los síntomas.

1. Alexitimia: Es la dificultad para identificar y describir sentimientos; son individuos con un pensamiento práctico, concreto, sin un correlato emocional.

2. Sobreadaptación: Son aquellos sujetos híper eficaces, con altos niveles de autoexigencia, con gran capacidad de trabajo, que asumen roles y responsabilidades desmedidas. Se adaptan rígidamente a la realidad, “pase lo que pase, siguen adelante”.

D. Historia de vida, que incluye el historial médico y sintomatológico

- Enfermedades, dolencias, síntomas previos y respuesta a los tratamientos; tiempos de recuperación.
- Carencias afectivas en la temprana infancia, vivencias traumáticas, violencia intra familiar, abuso sexual, pérdidas, duelos no resueltos.
- Capacidad de resiliencia, dada por la posibilidad de adaptarse a situaciones de estrés.
- Redes de apoyo, referidas al medio familiar, social o laboral en que se encuentra insertado el paciente. Si tiene o no contacto con su familia de origen, las relaciones con su familia nuclear; el tipo de trabajo y el ambiente en que se desempeña; la pertenencia a grupos de amigos o comunidades. Estas redes son fundamentales en el acompañamiento y la contención que necesita el paciente, a lo largo de todo su tratamiento.
- Impacto que ha producido el dolor en la calidad de vida, en la relación de pareja, en el entorno familiar, social y laboral.

F. Patrones relacionales

El modo en que el paciente se relaciona en su vida, también estará presente en la relación con el equipo o médicos tratantes.

- Roles de los profesionales, que deben ser claramente explicitados, evitando la actitud paternalista y haciendo al paciente responsable de su tratamiento.
- Limitar las demandas y adecuar las expectativas del paciente, que pueden ser muy irreales y lo llevarán a experimentar

intensos sentimientos de abandono y frustración.

- El psiquiatra y/o psicólogo debe alertar y apoyar al equipo tratante cuando se trata de un paciente con rasgos de personalidad muy anormales, que van a obstaculizar el trabajo. Por ejemplo, aquellos pacientes desconfiados, maltratadores, muy inseguros, obsesivos, excesivamente demandantes o autorreferentes, lo que se describe como “paciente difícil”.

G. Pronóstico

- Adherencia y respuesta al tratamiento, que van a depender en una importante medida de la “alianza terapéutica” que se logre establecer con el paciente.
- Capacidad de “*insight*”, entendiéndola esta como la capacidad de “mirarse” y tomar distancia de lo que está ocurriendo, para poder conectarse con sus emociones, condición fundamental para que pueda trabajarse en psicoterapia.

H. Mecanismos de afrontamiento o “*coping*”

Adaptativos: El hecho de que el paciente tenga un rol activo y participativo y que tenga una buena adherencia, favorecerá una mejor respuesta.

Desadaptativos: Aquel paciente que juega un rol pasivo, de espectador y que tiene una pobre adherencia, tendrá una peor respuesta al tratamiento.

I. Aspectos gananciales

Es fundamental conocer la situación vital del paciente y poder entrevistar a alguien cercano a él, para entender qué rol está cumpliendo la “enfermedad” en la vida de este paciente y cuál es el “beneficio” que obtiene al estar enfermo.

Muchas veces estas llamadas “ganancias secundarias” pueden parecer no tener sentido o ser mínimas en relación al costo que está teniendo la enfermedad para el paciente. Sin embargo, estos procesos psicológicos son inconscientes, y más que enjuiciarlos, debe trabajarse en ellos.

VII. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS**–Psicofármacos**

El uso de psicofármacos va a depender de la sintomatología del paciente. Con frecuencia es necesario tratar “insomnio, angustia, expectación ansiosa”, entre otros. Para esto se utilizan antidepresivos que sean buenos ansiolíticos, benzodiazepinas con mucha cautela por el potencial adictivo, algunos neuro-moduladores como duloxetina y gabapentinoides.

–Psicoterapias

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ir desde terapias de apoyo, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, intervenciones familiares y/o de parejas.

Algunas veces la intervención psicoterapéutica va dirigida al equipo, orientada a facilitar la relación con el médico tratante y los otros profesionales.

-Otras intervenciones

Terapias de autoayuda (45), masaje, terapia física.

Mindfulness (46).

Terapias complementarias como quiropraxia, acupuntura, hipnosis y aromaterapia (47, 48).

VIII. DISCUSIÓN

El éxito de un buen programa de diagnóstico y tratamiento de dolor crónico, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados depende, en gran parte, de la elaboración diagnóstica realizada en el trabajo de equipo, así como de la decisión terapéutica basada en un estudio completo e individualizado, de cada caso en particular. La realización de esta tarea no puede comprenderse en forma óptima, sin la participación de un equipo multidisciplinario.

En este sentido, es muy importante la integración del psiquiatra al equipo de dolor; es fundamental la participación de este en las reuniones semanales y en la evaluación médica de los pacientes. La comorbilidad psiquiátrica es altamente prevalente y mientras no se traten sus síntomas no será efectiva la acción del equipo.

El manejar un lenguaje común y acoger las inquietudes y dudas de los otros médicos, facilita la comunicación y la confianza, que son fundamentales para el buen funcionamiento en todo equipo.

El cómo esté compuesto, el organigrama y cómo van a organizar su funcionamiento, dependerán de la institución de salud en la cual estén insertos.

En síntesis, el objetivo común del equipo multidisciplinario de una clínica del dolor es, como principal, la mejoría de la calidad de vida del individuo con dolor (49).

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koleva D. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15:475-479.
2. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *PAIN* 2001; 89:175-180.
3. Bilbeny N, Miranda J et al. Prevalence of Chronic non cancer Pain in Chile. Presentado en el Congreso Mundial de Dolor IASP. Argentina, 2014.
4. Katz J, Rosebloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (4):160-167.
5. Nagasako EM, Oaklander AL, Dworkin RH. Congenital insensitivity to pain: an update. *Pain*. 2003; 101(3): 213-219.
6. Elliott AM, Smith BH, Penny KI et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999; 354 (9186):1248-1252.
7. Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canadá. *Pain Res Manag* 2011; 16 (6): 445-450.
8. Tsang A, Von Korff M, Lee S et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008; 9(10):883-891.
9. Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington Det al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Curr Med Res Opin* 2013; 29(9): 1127-1135.
10. Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth* 2013; 111(1): 13-18.
11. Mersky H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of chronic pain terms. 2nd ed. Seattle (WA): International Association for the Study of Pain Press; 1994.
12. Niv D, Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Pract*. 2004; 4(3):179-181.
13. Woolf CJ. What is this thing call pain? *J Clin Invest* 2010; 120(11): 3742-3744.
14. Von Hehn CA, Baron R, Wolf CJ. Deconstructing the neurophatic pain phenotype to reveal neural mechanisms. *Neuro* 2012; 73(4): 638-652.
15. Simons L, Elman I, Borsook D. Psychological Processing in Chronic Pain: A Neural Systems Approach. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 2:61-78.
16. Tracy I. Imagen pain. *Br J Anaesth*. 2008; 101:32-39.
17. Moulton EA, Schmähmann JD, Becerra L, Borsook D. The cerebellum and pain: passive integrator or active participator? *Brain Res Rev*. 2010; 65:14-27.
18. Maleki N et al. Migraine attacks the Basal Ganglia. *Mol Pain*. 2011; 7:71.
19. Bendelow GA, Williams SJ. Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Society of Health & Illness*. 2008; 17:139-165.
20. Elman I, Borsook D, Volkow ND. Pain and suicidality: Insights from

- reward and addiction neuroscience. *Prog Neurobiol.* 2013.
21. Nicolson NA, Davis MC, Kruszewski D, Zaustra AJ. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. *Psychosom Med.* 2010; 72:471-480.
 22. Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1999; 21:23-30.
 23. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive - affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull.* 1999; 125:356-366.
 24. Wanigasekera V, Lee MC, Rogers R et al. Baseline reward circuitry activity and trait reward responsiveness predict expression of opioid analgesia in healthy subjects. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2012; 109:17705-17710.
 25. Flor H. New developments in the understanding and management of persistent pain. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; 25:109-113.
 26. Iwata BA. Negative reinforcement in applied behavior analysis: an emerging technology. *J Appl Behav Anal.* 1987; 20:361-378.
 27. Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Association of parental chronic pain with chronic pain in the adolescent and young adult: family linkage data from the HUNT Study. *JAMA Pediatr.* 2013; 167:61-69.
 28. Paras ML, Murad MH, Chen LP et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009; 302:550-561.
 29. Saariaho TH, Saariaho AS, Karila IA et al. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scand J Psychol.* 2011; 52:146-153.
 30. Symes L, McFarlane J, Nava A et al. The association of pain severity and pain interference levels with abuse experiences and mental health symptoms among 300 mothers: baseline data analysis for a 7-year prospective study. *Issues Ment Health Nurs.* 2013; 34:2-16.
 31. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL et al. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache.* 2010; 50:20-31.
 32. Hart-Johnson, Green CR. The impact of sexual or physical abuse history on pain-related outcomes among blacks and whites with chronic pain: gender influence. *Pain medicine.* 2012; 13:229-242.
 33. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:193-199.
 34. Bjornsdottir S, Jonsson S, Valdimarsdottir U. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scand J Rheumatol.* 2013; 42:59-70.
 35. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain.* 2000; 4:24-30.
 36. Keogh E, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain.* 2006; 123:275-284.
 37. Kuba T, Quinones-Jenab V. The role of female gonadal hormones in behavioral sex differences in persistent and chronic pain: clinical versus preclinical studies. *Brain Res Bull.* 2005; 66:179-188.
 38. Martinez-Jauand M, Sitges C, Femenia J et al. Age-of-onset of menopause is associated with enhanced painful and non-painful sensitivity in fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* 2013.
 39. Robinson ME, Dannecker EA, George SZ et al. Sex differences in the associations among psychological factors and pain report: a novel psychophysical study of patients with chronic low back pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society.* 2005; 6:463-470.
 40. Thibodeau MA, Welch PG, Katz J et al. Pain-related anxiety influences pain perception differently in men and women: A quantitative sensory test across thermal pain modalities. *Pain.* 2013; 154:419-426.
 41. Fillingim RB. Complex associations among sex, anxiety and pain. *Pain.* 2013; 154:332-333.
 42. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - part 2: do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain.* 2012; 153:619-635.
 43. Bonica JJ. Interdisciplinary, Multimodal Pain Managements Programms. En: JJ Bonica (ed.): *The management of pain* (2nd. ed.) Lea&Febiger. EUA, 1990; 2120-2140.
 44. Loesser JD, Seres JL, Newman RI. Interdisciplinary, multimodal management of chronic pain. En: JJ Bonica (ed.): *The management of pain* (2nd. ed.) Lea&Febiger. EUA, 1990; 2107-2120.
 45. Boyers D, McNamee P, Clarke A et al. Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population a systematic review of the literature. *Clin J Pain.* 2013; 29(4):366-75.
 46. McCubbin T, Dimidjian S, Kempe K et al. Mindfulness-based stress reduction in an integrated care delivery system: one-year impacts on patient-centered outcomes and health care utilization. *Permanente J.* 2014; 18(4):4-9.
 47. Haetzman M, Elliott AM, Smith BH et al. Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Fam Pract.* 2003; 20(2):147-54.
 48. Cosio D, Lin EH. Effects of a pain education program in complementary and alternative medicine treatment utilization at a VA medical center. *Complement Ther Med.* 2015; 23(3):413-22.
 49. De Andrés J. Tratamiento del dolor: evolución histórica hacia una intervención multidisciplinaria. *Boletín de Psicología.* 2005; 84: 11-21.