

¿Cómo puede colaborar un psiquiatra en el problema del dolor crónico?

Rafael Vásquez, Alejandro Muñera, Miguel Cote, Luis Carlos Taborda

Las enfermedades crónicas acompañadas de dolor son uno de los problemas cruciales que debe enfrentar y solucionar la medicina moderna. Durante las últimas cinco décadas los psiquiatras han colaborado activamente en la investigación y desarrollo de intervenciones terapéuticas para trastornos con dolor de larga evolución. En este artículo los autores hacen una revisión extensa de los aportes de la psiquiatría en el campo del dolor crónico e intentan clarificar el papel que desempeña el psiquiatra en el manejo interdisciplinario de este tipo de trastornos.

Gracias al planteamiento del modelo biomédico y al desarrollo concomitante de la tecnología para el diagnóstico temprano y el manejo eficaz de las enfermedades infecciosas agudas, la medicina logró aliviar sustancialmente la amenaza que este tipo de trastornos constituían para el bienestar y la supervivencia de los seres humanos. Este hecho produjo una modificación sustancial en cuanto al tipo de problemas que debe afrontar la práctica médica, debido a: aumento de la expectativa de vida, con el incremento consecuente de la incidencia de procesos degenerativos asociados al envejecimiento; aumento de la supervivencia de individuos con una elevada vulnerabilidad inespecífica para desarrollar procesos mórbidos, lo cual lleva a un aumento de la proporción de la población con riesgo de desarrollar alteraciones

crónicas y neoplasias; disminución de la mortalidad ocasionada por enfermedades o traumas severos, lo que implica un mayor número de individuos con secuelas funcionales y estructurales (1, 2).

Lo anterior ha significado una desviación del quehacer médico hacia la atención de procesos de larga evolución, con muy baja potencialidad de curación, de difícil manejo y con prominente dolor. Este tipo de trastornos suscita una serie de consecuencias psicosociales en los individuos que los padecen y sus sistemas sociales inmediatos que pueden complicar tanto el curso como el adecuado manejo de los mismos. Los psiquiatras son los especialistas con el entrenamiento y los recursos tecnológicos adecuados para la caracterización y manejo de tales consecuencias y, por lo tanto, deben jugar un papel fundamental en la comprensión y manejo de las mismas.

De acuerdo con la anterior discusión, una parte sustancial de los problemas que debe enfrentar la medicina moderna concierne al manejo y alivio de procesos crónicos o incurables, la mayoría de los cuales tiene importantes componentes dolorosos. Tales componentes alteran seriamente la calidad de la vida, produciendo una perturbación existencial más o menos incapacitante y prolongada. Siendo el dolor una de las manifestaciones cardinales de los procesos inflamatorios, es sorprendente que el estudio sistemático de su naturaleza haya comenzado sólo recientemente. Al parecer este retraso se debió al dualismo en las concepciones con respecto al dolor: de un lado, el dolor era considerado una sensación corporal asociada comúnmente a una lesión; y, de otro, se le consideraba una vivencia netamente subjetiva

Dr. Rafael Vásquez R.: Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia; Dr. Alejandro Muñera G.: Psiquiatra, Universidad del Rosario; Dr. Miguel Cote M.: Psiquiatra, Universidad del Rosario; Dr. Luis Carlos Taborda R.: Psiquiatra, Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Universidad del Rosario.

Solicitud de separatas al Dr. Vásquez.

y, por lo tanto, imponderable. Considerado como una sensación, el dolor queda reducido a su fundamento neurofisiológico; considerado como una vivencia subjetiva, resulta indeterminable, casi etéreo. Sólo al superarse esta concepción dualista, gracias a los valiosos aportes de Szasz (3) y Engel (4), se abrió el camino para la investigación científica del dolor en sus múltiples dimensiones, con interesantes contribuciones provenientes de los estudiosos de la conducta asociada a la experiencia de enfermedad.

¿Qué es el dolor?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP lo ha definido así: "(...) es una sensación displacentera y una experiencia emocional asociadas con un daño tisular presente o potencial, o descrito en términos de tal daño. (...) El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de experiencias de lesión durante su vida temprana" (5).

Dada su especial relación con un daño tisular, el dolor parece haberse desarrollado como un sistema de alarma respecto a la presencia de una lesión corporal en curso. La presencia del dolor suscita, primordialmente, dos correlatos conductuales, a saber: una reacción inmediata de retirada, destinada a evitar la propagación de la lesión; y, una reacción de inhibición y reposo, destinada a favorecer los procesos de reparación de tejidos (6). Además, el dolor suscita el surgimiento de estados emocionales e interpretaciones cognoscitivas cuya naturaleza puede jugar un papel determinante en el curso subsiguiente del dolor y la conducta asociada al mismo. El psiquiatra está entrenado para la exploración del modo de pensar y actuar de las personas y, por lo tanto, está habilitado para intervenir en el conocimiento, modificación y prevención de las reacciones adaptativas, exitosas o no, asociadas con la vivencia del dolor.

¿Todo dolor prolongado es un dolor crónico?

Aunque habitualmente en medicina la diferen-

cia entre estados agudos y crónicos se establece con respecto a la evolución temporal de los mismos, hacer esa misma diferenciación en los trastornos dolorosos no establece una distinción de importancia práctica para su comprensión y manejo terapéutico. Dado que una gran diversidad de trastornos puede producir dolor de evolución prolongada, discriminar los problemas dolorosos únicamente según su duración generaría categorías demasiado heterogéneas para servir de orientación para el diagnóstico y tratamiento, es decir, categorías con baja validez descriptiva y predictiva (7). De acuerdo con lo anterior, es conveniente establecer categorías que discriminen a los trastornos dolorosos de curso prolongado en subgrupos de utilidad práctica. En este sentido, resultan muy adecuadas las categorías propuestas en 1985 por Crue (8), a saber:

Dolor agudo recurrente: aquel que es producido por una entrada nociceptiva recurrente, v. gr. la cefalea migrañosa, o continua, v. gr. la artritis reumatoidea.

Dolor agudo progresivo: el producido por lesiones de naturaleza invasiva, v. gr. el dolor asociado a los tumores malignos.

Dolor crónico benigno: el dolor persistente de etiología no determinada o desproporcionado a lo esperable con las lesiones que se han identificado, pero con una buena adaptación psicosocial del individuo que lo padece; es decir, es un trastorno molesto mas no incapacitante.

Dolor crónico benigno intratable: a diferencia de la categoría anterior, el sujeto es incapaz de mantener una adecuada adaptación psicosocial, resultando un trastorno muy molesto e incapacitante. Dado que el dolor difícilmente podría ser denominado benigno, por su carácter oneroso, sería más adecuado utilizar la denominación "no maligno", para denotar que no es debido a un trastorno tumoral (9, 10). Un caso típico de esta categoría es la fibromialgia (11).

De acuerdo con lo anterior, no todo síndrome doloroso de evolución mayor de seis meses puede ser considerado como dolor crónico. Sin embargo, un dolor agudo recurrente o progresivo puede llegar a constituir un dolor crónico a condición de

que el dolor que se experimente se encuentre fuera de proporción con la lesión que lo provoca. Parece ser que los determinantes de mayor peso en las génesis, desarrollo y mantenimiento del dolor crónico benigno intratable o no, son de tipo psicosocial (4). De otro lado, las consecuencias psicosociales de los trastornos dolorosos prolongados juegan un papel determinante en el curso subsiguiente de los mismos y son diferentes en cada una de las categorías. Surgen entonces dos preguntas de fundamental importancia para el estudio del dolor y el diseño de aproximaciones terapéuticas más eficaces: ¿cuáles son los factores psicosociales asociados a cada una de las categorías de dolor prolongado? Y, ¿cuáles factores psicosociales determinan la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas dolorosos crónicos? La respuesta a estos interrogantes ha comenzado a surgir de la evidencia acumulada por los estudios realizados por psiquiatras que han participado en el manejo interdisciplinario de pacientes con dolor (12-31).

¿Cuáles factores psicosociales se asocian con dolor prolongado?

Para resumir la evidencia acumulada en este campo, es conveniente comenzar por enunciar los eventos psicosociales que se relacionan típicamente con el dolor agudo, a manera de patrón de referencia, para compararlos con aquellos que se han encontrado en relación con los diversos trastornos dolorosos prolongados.

Dolor agudo. La experiencia de dolor agudo se interpreta, habitualmente, como indicadora de la presencia de una lesión en curso o probable, esto determina que el individuo atribuya al síntoma un significado de amenaza o su integridad corporal (32, 33). Por lo tanto, la respuesta emocional es, predominantemente, de tipo ansioso, con la consecuente preparación para la huida, la inmovilidad o el enfrentamiento ante la fuente del dolor. La conducta es, promordialmente, evitar la fuente del dolor, seguida o acompañada, bien sea de reposo y solicitud de ayuda en el sistema social inmediato, cuando la lesión sea intensa o se considere que la fuente del dolor no es susceptible de ser ataca-

da, por ser muy poderosa o por no estar al alcance de un ataque; o bien, de ataque al agresor, con o sin solicitud de apoyo de otros, en el caso de que la lesión no sea grave y la causa de la misma sea percibida como susceptible de ser atacada y se encuentre dentro del alcance del sujeto (6, 32).

En relación con el tema que nos atañe, resultan de particular interés las conductas de reposo y de solicitud de ayuda. Las conductas de reposo se refieren a una disminución general de la actividad y a evasión de movimientos que puedan incrementar el dolor (34). La conducta de solicitud de ayuda puede asumir la forma de vocalizaciones intensas y lastimeras, gesticulaciones y posturas corporales indicadoras de sufrimiento o solicitudes verbales directa y específicas, llegando, en el caso extremo a manifestarse como conductas y actitudes de invalidez (6, 35). La reacción del sistema familiar es, habitualmente, de: apoyo emocional, permisión de la restricción en el nivel de actividad, colaboración en la búsqueda de alivio con recursos internos o externos al sistema (es decir, servicios de salud sistemáticos o no) y relevo temporal en las funciones que desempeñaba hasta entonces el miembro enfermo (36). El sistema laboral refuerza al familiar en cuanto a la permisión de la limitación de actividades y en el acopio de recursos para la búsqueda de alivio a través del sistema de salud. El médico y otros componentes del sistema de salud asumen una actitud de aceptación de la queja del paciente y emprenden una actividad de búsqueda de la causa del dolor y prescripción de medidas farmacológicas o conductuales para el alivio del mismo, con la intención de disminuir el sufrimiento y recuperar el estado funcional previo.

Por supuesto, estos eventos psicosociales "típicos" no ocurren necesariamente en la forma, ni en el sentido en el cual han sido enunciados hasta aquí. Se trata, más bien, de lo que sería esperable tanto si el individuo, como los sistemas familiar, laboral y de salud se encontraran en un nivel óptimo de funcionamiento y de capacidad de adaptación ante exigencias inesperadas. Por lo tanto, lo habitual es encontrar variaciones de este tema, las cuales ocurren en función del estado

actual del individuo y de los sistemas que le apoyan.

Dolor agudo recurrente. Cuando la experiencia de dolor se prolonga indefinidamente porque el desencadenante fisiopatológico, independientemente de la actuación del individuo o a pesar de ella, persiste o es recurrente, se pierde el carácter de señal de alarma del dolor y sus correlaciones cognoscitivas, emocionales y conductuales se hacen inoperantes e incluso desadaptativas (37).

En estas condiciones, el sujeto asigna al dolor un significado doble: de amenaza continuada a la integridad corporal y de pérdida. Pérdida de la salud, de la independencia, de la capacidad laboral, de la confianza en los médicos, de las posibilidades de curación, e incluso de la esperanza misma (32, 33). Dado que en la imaginaria popular el dolor persistente, sobre todo si es muy intenso, es indicador de una enfermedad grave, es común que el individuo presente distorsiones cognoscitivas con respecto a la seriedad de su trastorno o a sus consecuencias a largo plazo. Tales distorsiones pueden persistir a pesar de repetidos intentos de tranquilización por parte del médico y algunos familiares, y esto depende del momento existencial del paciente y de su estrategia habitual de enfrentamiento de las enfermedades. La respuesta emocional más común es un estado mixto de depresión y ansiedad, por lo general no muy intenso, que interfiere poco con la actividad cotidiana, pero que adiciona algunos síntomas molestos que pueden ser atribuidos a una enfermedad física, tales como: pérdida de energía, fatigabilidad, dificultades de concentración, dolores musculares por tensión, sensaciones de ahogamiento, palpitaciones, molestias abdominales vagas, sudoración y sensaciones de bochorno o escalofrío. La conducta se caracteriza por una tendencia hacia la disminución de los niveles cotidianos de actividad o un incremento exagerado de la oscilación de los mismos, asociadas al incremento en la solicitud de ayuda para el alivio del dolor, motivada por la concepción distorsionada de tener una enfermedad más grave de aquella que han logrado identificar los médicos. Cuando persiste esta distorsión, es común que la solicitud se torne errática, en el

sentido de cambio frecuente de médico tratante o utilización de recursos no sistemáticos de salud, e inapropiada, en el sentido de actitudes desconfiadas o agresivas hacia los tratantes o adherencia insuficiente a las prescripciones (6-8, 35, 38-40).

La insistente solicitud de curación por el paciente y su actitud agresiva abierta o encubierta hacia el médico tratante, conjuntamente con la pobre adherencia al tratamiento, producen dificultades de manejo y conflictos en la relación médico-paciente (34). Esto conduce a que los médicos asuman actitudes de rechazo, reforzando las distorsiones en la actividad de solicitud de ayuda (41). De otro lado, el deterioro de la capacidad productiva, los elevados costos de un proceso diagnóstico y terapéutico prolongado, repetitivo e ineficaz, la exageración aparente de las conductas de reposo y los cambios en la forma habitual de relacionarse, generan reacciones diversas en los miembros del núcleo familiar e incluso reestructuraciones del sistema familiar (36, 42, 43). Todo esto, agregado a las medidas asumidas por el sistema laboral, complica la situación del sujeto y genera un círculo vicioso porque incrementa la desesperanza, la sensación de pérdida y la irritabilidad.

Dolor agudo progresivo. De los pacientes con tumores malignos sólo una proporción relativamente reducida desarrolla síndromes dolorosos, contrariamente a lo que consideran las personas comunes, quienes equiparan cáncer con dolor y sufrimientos terribles. Sin embargo, para aquellos individuos con dolor asociado a una neoplasia maligna, este síntoma indica la presencia de una entidad invasora, progresiva y, potencialmente, mortal. En consecuencia, la reacción psicosocial ante un dolor de duración prolongada se acompaña y se complica por la reacción ante la pérdida inminente de la vida (44).

Ante esta situación, el individuo habitualmente asigna al dolor un significado de amenaza de muerte inminente y de anticipación de pérdida de la vida, de las relaciones interpersonales significativas y de los proyectos vitales a largo plazo (41). Con frecuencia, estos pacientes presentan distorsiones cognoscitivas de sobrevaloración de:

la cantidad de sufrimiento físico que implicará el proceso de su enfermedad hasta la muerte; la posibilidad de desfiguración corporal a consecuencia de los procedimientos terapéuticos; la pérdida de la capacidad para desempeñar todas sus actividades habituales desde etapas tempranas de la enfermedad (34); la posibilidad de estar recibiendo un castigo divino por fallas propias o ajenas; las actitudes de rechazo y descuido por parte de familiares y cuidadores; las posibles reacciones emocionales desastrosas entre algunos o todos los miembros de su familia y las posibles consecuencias financieras y sociales negativas para su familia. Todas estas distorsiones pueden hacer problemático el manejo terapéutico de este tipo de pacientes.

Aunque la respuesta emocional, en general, es una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos, lo común es la preponderancia de la depresión de intensidad y presentación clínica variables. La intensidad del dolor produce muchas veces insomnio y fatiga, lo cual puede contribuir a magnificar la depresión (45). Esta reacción resulta problemática para el manejo puesto que, de un lado, el paciente colabora poco con el tratamiento y hace exigencias irrazonables al equipo terapéutico, y de otro, disminuye notablemente su competencia inmunológica (46).

Las conductas de solicitud de ayuda se incrementan particularmente porque son toleradas y recompensadas por los médicos, familiares y empleadores del paciente. Aumentan no sólo en frecuencia sino también en variedad, llegando a incluir: utilización de estrategias primitivas, tales como el empleo de actitudes pueriles o la negación del problema, destinadas a forzar a los otros a asumir la responsabilidad de su cuidado y tratamiento; solicitud de la opinión de varios médicos, con la intención de encontrar discrepancias de criterios y aferrarse a las posibilidades más favorables; y búsqueda de fuentes no sistemáticas (mágicas) de ayuda, con el fin de lograr el reaseguramiento que los médicos ya no le brindan. Con mucha menos frecuencia se disminuyen o se suspenden las solicitudes de ayuda, generalmente, en concordancia con una definición sin salida de

la situación (la cual puede ser más o menos realista), llegando hasta la actuación suicida. El nivel de actividad se disminuye comúnmente, pero con mayor intensidad cuando a las limitaciones propias del deterioro físico se asocia una sobrevaloración de la incapacidad resultante (35, 44). Sin embargo, la relación médico-paciente no queda libre de perturbaciones, debido a que las situaciones terminales o potencialmente terminales genera un monto muy alto de ansiedad y fantasías de fracaso en el equipo terapéutico, lo cual conduce a desviaciones de la comunicación relevante al estado del paciente, con la consecuente incertidumbre y exigencia por parte de este último (41, 44, 47).

La reacción familiar se centra principalmente en liberar de responsabilidades y sufrimientos al paciente y prepararse para su desaparición definitiva, pero esta tendencia puede complicar el manejo porque induce una elevada presión al equipo terapéutico para maximizar sus esfuerzos y minimizar la comunicación al paciente acerca de sus posibilidades de vida. La existencia de un problema real que tanto el paciente como sus familiares y tratantes deben afrontar, es decir, la muerte inminente del enfermo, hace menos posible que existan discrepancias en la valoración del síntoma dolor y, por ello, es menos posible que se generen círculos viciosos en este aspecto (37). Lo habitual es que surjan problemas de comunicación que entorpecen el manejo paliativo y de soporte.

Dolor crónico benigno. En el caso de los individuos que sufren dolor crónico benigno intratable o no, la situación es radicalmente diferente que en los casos anteriores. En primer lugar, el dolor es continuo y no responde al manejo analgésico convencional, pero repetidas evaluaciones llevadas a cabo por uno o varios médicos, no identifican una causa que justifique el síntoma, bien porque las pruebas paraclínicas no pueden evidenciar alteración estructural o funcional alguna, bien porque los hallazgos son desproporcionadamente leves en comparación con la intensidad de las quejas del paciente. Pese a los resultados negativos, el sujeto continúa concibiendo que está padeciendo alguna enfermedad grave, dado que en la nosología

no sistemática popular se considera que el dolor es indicador inequívoco de la presencia de enfermedad. Este orden de cosas produce efectos sobre el estado cognoscitivo-emocional-conductual del individuo y sobre sus relaciones interpersonales significativas, incluida la relación médico-paciente (19, 20,38).

Asociada a la concepción de tener una enfermedad grave está la asignación de un significado de amenaza permanente a la integridad corporal y de pérdida de la salud (32, 35). En consecuencia, la respuesta emocional inicial es de ansiedad y depresión (13). La actividad predominante es la solicitud de ayuda médica para el diagnóstico y alivio de la supuesta enfermedad y de disminución del nivel previo de actividad (34), con adopción de conductas de inválido, especialmente en pacientes-con dolor crónico intratable (26-28, 35, 38-40).

Las relaciones interpersonales pronto se ven afectadas. De un lado, surge un desacuerdo manifiesto entre las concepciones del paciente acerca de su estado y lo que diagnostican los médicos, quedando implícito que el problema doloroso no es "real", sino "imaginario" (48). Esto hace que surja un conflicto entre el médico, quien insiste en que el paciente "no tiene nada", y el paciente, quien considera que el médico es un "incapaz" porque no da con el "chiste" de su "enfermedad". En consecuencia, el paciente tiende a asumir una actitud de desconfianza y reto ante los médicos, lo cual complica notoriamente su conducta de solicitud de ayuda (26). Esta misma discordancia de criterios puede llegar a afectar la actitud de los miembros del sistema familiar y laboral del paciente, puesto que si no se le encuentra enfermedad alguna, debe ser que "se la está inventando", lo cual genera rechazo y censura por la disminución de la actividad general y las conductas de invalidez (36, 42, 45, 49-50).

Por estas circunstancias se genera una escalada de difícil solución, consistente en: aumento de la solicitud de ayuda -rechazo por el médico- valoración ética negativa en el sistema familiar y laboral -inseguridad y desconfianza- incremento y distorsión de la actividad de solicitud de ayuda.

Lo cual configura una conducta inadecuada ante la enfermedad, con la constante complicación de la labor terapéutica por la actitud desafiante del paciente, su poca adherencia a las prescripciones y las respuestas de rechazo que suscita entre los médicos (27).

¿Cuáles factores psicosociales determinan la aparición y mantenimiento del dolor crónico?

Desde la propuesta de Engel en 1959, según la cual algunos individuos, poseedores de ciertas características de su desarrollo psicológico tendrían una mayor tendencia a padecer trastornos dolorosos crónicos, se ha intentado identificar aquellos factores psicosociales que pudieran tener tal efecto. Los dos aportes más significativos en este campo han sido los de Blumer y Heilbronn y el de Barsky (14-18).

Blumer y Heilbronn (16-18) hicieron una recapitulación de las características identificadas con mayor frecuencia en 900 pacientes **con dolor crónico** que habían sido remitidos para valoración psiquiátrica, y creyeron identificar un conjunto de factores que harían a un individuo más susceptible de padecer dolor crónico y, en general, cualquier tipo de dolor. Llamaron a este conjunto de rasgos **Trastorno de predisposición al dolor (TPD)**. Sin embargo, este concepto, surgido dentro de un enfoque psicodinámico, estaba basado en una reconstrucción retrospectiva y carecía de una adecuada sustentación empírica. Al intentar verificar su validez, comparando la frecuencia de los rasgos del TPD entre pacientes con dolor crónico y una muestra aleatoria de usuarios de la consulta médica, se encontró que tales características eran igualmente frecuentes en ambos grupos. En consecuencia, tales rasgos, ni eran discriminatorios, ni tenían utilidad como predictores de vulnerabilidad (observación de Vásquez R, Múnera A y Cote M).

Barsky (14) exploró el mismo problema por una ruta diferente, al plantear la existencia de ciertas características que harían que un individuo tuviera la tendencia a amplificar sus sensaciones corporales y, por ende, a presentar quejas exage-

radas. Pese a que este concepto también está basado en reconstrucción retrospectiva y carece de sustentación empírica, podría ser el origen a una línea de investigación más prometedora, dado que se fundamenta sobre una concepción del síntoma como un fenómeno perceptual con componentes sensoriales, o periféricos, y componentes corticales, o de elaboración, pretendiendo identificar los determinantes de las variaciones del componente cortical. Este planteamiento encaja dentro del modelo de procesamiento de información, el cual ha aportado importantes avances en el campo de la psicopatología (51, 52).

Por el momento, sin embargo, no poseemos información acerca de los factores de vulnerabilidad a desarrollar problemas dolorosos crónicos. No obstante, parte de la respuesta provendrá de la investigación psicosocial, probablemente de estudios que utilicen: ya sea el modelo informacional para detectar estrategias distorsionadas de procesamiento de información nociceptiva (54), o bien, el modelo cognoscitivo para detectar distorsiones conceptuales con respecto al cuerpo, la enfermedad y la orientación de las conductas de solicitud de ayuda para el alivio del dolor. Para los médicos tratantes de pacientes con dolor crónico intratable o no, surge una duda que puede determinar el curso subsiguiente del manejo de tales pacientes. Esta se refiere a la posibilidad de que el paciente esté fingiendo estar enfermo.

¿Es simulador el paciente con dolor crónico?

Es común la concepción de que si no se encuentra una alteración estructural o funcional que justifique un síntoma, este síntoma debe ser o bien "psicógeno", o bien simulado. Es más, con mayor frecuencia de lo deseable, se equipara lo "psicógeno" y la simulación (53).

En primer lugar, conviene aclarar que el concepto de psicogenicidad de los síntomas ha resultado distorsionado por una sobregeneralización del concepto de conversión en el campo de los problemas psicósomáticos, por lo cual se ha llegado a considerar que los síntomas somáticos "psicógenos" son una expresión distorsionada de conflictos intrapsíquicos específicos (53, 54). La

investigación psicósomática reciente ha cuestionado tanto la especificidad de los conflictos, como la relación causal de tipo lineal entre conflicto intrapsíquico y síntoma (53-55), lo cual ha llevado a reducir el campo de la psicogenicidad a sus justas proporciones, es decir, que en toda enfermedad somática intervienen determinantes de tipo psicosocial, los cuales pueden llegar a jugar un papel fundamental en algunos trastornos, como es el caso de las enfermedades denominadas psicósomáticas (19, 53). Por esta razón, afirmar que un síntoma dado, en este caso el dolor, es "psicógeno", se refiere a la importancia que en su aparición y mantenimiento han tenido los factores psicosociales, pero en ningún caso implica negación de la existencia de factores orgánicos. De hecho, los factores orgánicos y psicosociales coexisten, como en el dolor abdominal recurrente en niños (57-58).

En segundo término, es necesario precisar el término "simulación" de un síntoma dado, el cual se refiere al intento deliberado de un individuo de fingirse enfermo o exagerar su sintomatología, con el propósito evidente de lograr una compensación económica, laboral o judicial por su supuesta enfermedad (59). Entonces, cuando se dice que un síntoma dado es "simulado", lo que se hace es un juicio de valor en cuanto a la intención del individuo al quejarse, pero poco se dice en cuanto a la presencia o ausencia de una alteración orgánica subyacente. Aunque la simulación es un recurso usado por delincuentes y por individuos con personalidad sociopática, lo más frecuente es que "simulen" aquellos individuos que por limitaciones o distorsiones cognoscitivas no encuentran una solución mejor a sus problemas (como es el caso del niño que se finge enfermo para no verse obligado a asistir a clases). Teniendo en cuenta lo anterior, resulta supremamente inadecuada la tendencia a igualar "simulación" con sociopatía o criminalidad. Es aconsejable, por lo tanto, intentar resolver las dificultades cognoscitivas del paciente para buscar controlar la simulación, evitando al máximo caer en la tentación de condenar al paciente al ostracismo médico, porque tal actitud no sólo no resuelve el problema, sino que de un lado

lo perpetúa, y de otro, lo remite para que sea otro el que tenga que vérselas con él.

Finalmente, es crucial alertar a los médicos que manejan pacientes con dolor crónico con respecto a la concepción de que cuando no se identifica un trastorno estructural o funcional mediante exámenes clínicos o paraclínicos se "descarta" la existencia de factores orgánicos (59). De un lado, existen estudios de seguimiento de pacientes con "ausencia" de factores orgánicos, en los cuales, después de cierto tiempo, se ha logrado identificar una alteración que anteriormente había pasado inadvertida (60, 61). De otro lado, el avance de la tecnología diagnóstica nos permite hoy identificar lesiones que anteriormente no serían detectadas, aún después del estudio clínico y paraclínico más minucioso. Pero los psiquiatras no sólo han contribuido a esclarecer la influencia de los factores psicosociales en la génesis y mantenimiento de los trastornos dolorosos prolongados, sino que poseen y han desarrollado recursos terapéuticos de utilidad para el manejo interdisciplinario de este tipo de problemas. Este hecho plantea la inquietante posibilidad de que la intervención psiquiátrica sea una parte imprescindible del tratamiento de todos los pacientes con dolor prolongado.

¿Cuándo se justifica la intervención psiquiátrica en un paciente con dolor prolongado?

Si bien en todo paciente con trastornos somáticos intervienen factores psicosociales, también es cierto que los individuos enfermos, en conjunto con sus familiares y sus médicos tratantes, logran, la mayoría de las veces, manejar adecuadamente tales factores, lo cual se manifiesta como una aceptación del papel de enfermo, como una buena aceptación del médico y de las medidas terapéuticas que prescribe y, como un buen nivel de adaptación emocional, familiar y socio-laboral. Por lo tanto, sólo una porción limitada de los enfermos presentan dificultades mayores para la terapéutica a consecuencia de un manejo inadecuado de variables psicosociales.

Lo anterior es también cierto en el caso de los

pacientes con dolor prolongado. En consecuencia, la intervención psiquiátrica se justifica sólo en aquellos pacientes con dolor prolongado de difícil tratamiento en quienes se encuentran evidencias de manejo deficiente de los factores psicosociales asociados a su queja actual. Los autores proponen que se deben considerar los siguientes indicadores:

1. Pobre respuesta ante los esquemas analgésicos apropiados.
2. Seguimiento errático de la terapéutica prescrita.
3. Dificultades persistentes o recurrentes de la relación médico-paciente, incluyendo cambio frecuente de tratante.
4. Excesivo despliegue de conductas de invalidez con respecto a la naturaleza del proceso identificado.
5. Evidencia de búsqueda de compensación económica o evasión de responsabilidades familiares, sociales o laborales.
6. Ejecución repetitiva, en especial durante situaciones de tensión interpersonal, de actividades físicas proscritas por el médico o que en el pasado hayan desencadenado la sintomatología dolorosa.
7. Cuando el paciente relata su experiencia con otros médicos como un desastre atribuible a la mala intención o a la ignorancia de los colegas.
8. Aparición de serias dificultades familiares como consecuencia del trastorno doloroso y la incapacidad del paciente identificado.
9. Desaparición inexplicable de dificultades familiares atribuida a la iniciación del trastorno doloroso y la incapacitación del paciente identificado.
10. Interferencia excesiva e inapropiada de la familia en la escogencia del médico, la relación médico-paciente o la aceptación del tratamiento.
11. Ausencia de una red familiar de apoyo.
12. Presencia de un medio laboral hostil o con exigencias contrarias al proceso de rehabilitación propuesto al paciente.
13. Ausencia de oportunidades laborales o falta de capacitación para un trabajo nuevo.

Si un paciente presenta algunos de estos indicadores hay una clara evidencia de que existen factores psicosociales que pueden estar perpetuando la presencia del síntoma doloroso por ser inadecuadamente enfrentados y manejados por el paciente y su familia. En tales condiciones se justifica solicitar una evaluación e intervención del psiquiatra.

¿Cuáles son los objetivos de la evaluación e intervención psiquiátrica?

Los objetivos generales son dos: en relación con el equipo médico tratante, se trata de apoyar en el manejo de los componentes emocionales del problema doloroso y en relación con el paciente, optimizar la adaptación psicosocial del individuo independientemente de la presencia e intensidad del dolor (30, 42, 62, 63). A continuación se hará una descripción de los objetivos específicos.

Objetivos específicos de la evaluación. Evaluar exhaustivamente al paciente para determinar si presenta algún trastorno psicopatológico asociado al dolor que pueda complicar su evolución o ser relevante para el diseño de intervenciones terapéuticas. Entre éstos: depresión mayor; trastorno delirante somático; trastornos somatomorfos; esquizofrenia paranoide; trastorno de estrés post-traumático; trastornos por abuso de sustancias; trastornos de personalidad antisocial, borderline, histriónica, narcisista o dependiente (28, 58-83). Uno de los autores lleva a cabo una investigación sistemática en este campo, de la cual se publicarán los resultados oportunamente.

Indagar el significado simbólico que el paciente le atribuye a su dolor, puesto que las distorsiones cognoscitivas en este sentido resultan especialmente deletéreas para la aceptación del manejo y de los resultados terapéuticos.

Investigar cómo se enfrenta el paciente a su trastorno (32, 40, 58, 84, 85). De especial interés en este sentido es indagar acerca de conductas de solicitud de ayuda, de invalidez, de negación de la incapacidad.

Caracterizar la relación médico-paciente e identificar las áreas del conflicto que puedan ge-

nerar dificultades mayores para el manejo del problema doloroso.

Evaluar la estructura familiar, la función que desempeña el paciente identificado, las modificaciones que ha sufrido la familia a consecuencia del trastorno doloroso, las estrategias que ha desarrollado para enfrentar y solucionar el problema, la aparición o interrupción súbita de sintomatología manifiesta en algún otro miembro de la familia (36, 86-90).

Evaluar la situación laboral del paciente en cuanto a: posibilidades de reubicación en la misma empresa, capacitación del paciente para desempeñar un oficio distinto al que actualmente ejecuta, relaciones con el empleador, posibilidades de obtener un nuevo empleo, actitud general hacia el trabajo, posibilidades de pensionarse por vejez o por incapacidad física.

Indagar acerca de la situación jurídica del paciente, en cuanto a: demandas, procesos en curso o sentencias aplazadas.

Evaluar el riesgo médico y los indicadores de buena respuesta para la posible prescripción de psicofármacos (83, 91).

Objetivos específicos de la intervención

Es imprescindible aclarar al paciente y a sus familiares que la evaluación y la intervención psiquiátricas no se realizan porque los médicos tratantes piensen que el paciente esté mentalmente trastornado, o que finge estar enfermo, sino con el propósito de ayudarlo a afrontar su enfermedad adecuadamente. En el mismo sentido, debe quedar bien claro que la intervención no tiene el propósito de curar el dolor.

Aclarar al colega o grupo de colegas que solicitan la valoración, que ésta no implica un cambio de terapeuta, sino que es simplemente una solicitud de opinión diagnóstica y asesoría para el manejo.

Resolver los conflictos de la relación médico-paciente para facilitar el manejo terapéutico.

Sugerir al médico tratante estrategias adecuadas a las características individuales y a la situación del paciente, con el ánimo de facilitar la aceptación de las prescripciones e incrementar la adherencia a las mismas.

Sugerir o ejecutar medidas terapéuticas para el control de los trastornos psicopatológicos eventualmente asociados al problema doloroso.

Reorientar las concepciones inadecuadas con respecto al dolor prolongado o a los trastornos que lo producen.

Replantear las distorsiones cognoscitivas con respecto a la solución de dificultades personales, familiares, laborales o jurídicas, mediante el uso del estar enfermo.

Ofrecer al paciente estrategias alternativas para enfrentarse con su síntoma doloroso (85, 92, 93). Es decir, apoyar al paciente para que pueda convivir con el dolor.

Favorecer el cambio de patrones de comportamiento que podrían desencadenar el dolor.

Inducir una situación familiar menos reforzadora del síntoma y más favorecedora de la rehabilitación.

Señalar los requerimientos y las necesidades de intervención por parte de otros profesionales de la salud.

Asesorar al médico tratante en cuanto al uso de psicofármacos, en especial los antidepresivos, como coadyuvantes de los medicamentos analgésicos.

CONCLUSION

El tratamiento de las enfermedades crónicas es un campo de intervención de la psiquiatría, debido a que en este tipo de enfermedades se altera la vida íntima y de relación de quien la padece. Un componente frecuente y particularmente perturbador en el curso de una enfermedad crónica es el dolor prolongado. Dado que el dolor es una percepción que está influida por la situación existencial del paciente y por el valor simbólico que le atribuye a su molestia, resulta evidente que los componentes psicosociales asociados con la enfermedad dolorosa crónica desempeñan un papel crucial en la calidad de la vida de quien la padece, y, por lo tanto, son objetivo prioritario de intervención.

El sufrimiento emocional que una persona con dolor crónico soporta, lo convierte en un paciente que se beneficia de la intervención psiquiátrica.

Esta intervención puede modificar la percepción y valoración que el paciente tiene de su síntoma, proveer al paciente con recursos mejores para enfrentarse a la situación y, finalmente, amortiguar y adecuar las consecuencias que el padecimiento tiene sobre las relaciones interpersonales significativas para el paciente (en los campos familiar, laboral y social). Por lo tanto, el dolor prolongado es un problema para cuya comprensión y solución resulta invaluable el aporte de la psiquiatría.

ABSTRACT

Chronic diseases with painful manifestations are one of the main challenges for modern medicine. During the last five decades psychiatry has actively collaborated in research and development of several therapeutic modalities. In this review the authors discuss the contributions of psychiatry to this field and make an attempt to define the role of the psychiatrist in the management of these patients.

REFERENCIAS

1. **Engel GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; **196**: 129.
2. **Engel GL.** Clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; **137**: 535.
3. **Szasz T.** Pain and pleasure. New York, Basic Books; 1957.
4. **Engel GL.** "Psychogenic" pain and the pain prone patient. *Am J Psychiatry* 1959; **26**: 899.
5. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986; **23**: (Supp) S217.
6. **Sternbach R.** Dolor crónico versus dolor agudo. En: Bejarano PJ, ed. Dolor agudo crónico y de origen maligno. Memorias del tercer curso colombiano sobre dolor crónico. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación; 1988, 17-42.
7. **Spitzer RL.** Classification of mental disorders. In: Kaplan, HI, ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 4th Ed Baltimore: Williams and Wilkins 1985.
8. **Crue BL.** Foreword. In: Aronoff GM, ed. Evaluation and treatment of chronic pain. Baltimore: Urban and Schwarzenberg 1985; 15-21.
9. **Bonica JJ.** The management of pain. Philadelphia: Lea and Fibergar 1953; 154-156.
10. **Bonica JJ.** Importance of the problem. In: Aronoff GM ed. Evaluation and treatment of chronic pain. Baltimore: Urban and Schwarzenberg; 1985.
11. **Ahles TA.** The use of contemporary MMPI. Norms in the Study of chronic pain patients. *Pain* 1986; **24**: 159.
12. **Ahles TA.** Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain* 1987; **29**: 105.
13. **Almay BGL.** Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndrome, depressive symptomatology and pain patient drawing. *Pain* 1987; **29**: 295.

14. **Barsky III A.** Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med* 1979; **91**: 63.
15. **Blumer D.** Systematic treatment of chronic pain with antidepressants. *Henry Ford Hosp Med J* 1980; **28**: 15.
16. **Blumer D.** The pain-prone disorder: a clinical and psychological profile. *Psychosom* 1981; **22**: 395.
17. **Blumer D.** Second year follow-up study on systematic treatment of chronic patient with antidepressant. *Henry Ford Hosp Med J* 1981; **29**: 67.
18. **Blumer D.** Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain prone patient. *J Nerv Ment Dis* 1982; **26**: 33.
19. **Franz C.** Psychosomatic aspects of chronic pain: a new way of description based on MMPI item analysis. *Pain* 1986; **26**: 33.
20. **Gentry D.** Chronic low back pain: a psychological profile. *Psychosom* 1974; **15**: 174.
21. **Lavigne JV.** Psychological aspects of painful medical conditions in children I. Developmental aspects and assessment. *Pain* 1986; **27**: 133.
22. **Lavigne JV.** Psychological aspects of painful medical conditions in children II. Personality factors, family characteristics and treatment. *Pain* 1986; **27**: 147.
23. **Lesse S.** Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression. *Am J Psychother* 1967; **21**: 607.
24. **Lesse S.** The masked depression syndrome: results of seventeen years clinical study. *Am J Psychother* 1983; **37**: 456.
25. **Love AW.** The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: a review. *Pain* 1987; **28**: 1.
26. **Pilowsky I.** Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. *Psychosom Res* 1975; **19**: 279.
27. **Pilowsky I.** Illness behaviour syndromes associated with intractable pain. *Pain* 1976; **2**: 61.
28. **Pilowsky I.** Pain depression and illness behaviour in a pain clinic population. *Pain* 1977; **4**: 183.
29. **Sherman RA.** Psychological factors influencing chronic phantom limb pain: an analysis of the literature. *Pain* 1987; **28**: 258.
30. **Swanson DW.** Program for managing chronic pain: I. Program description and characteristics of patients. *Mayo Clin Proc* 1976; **51**: 401.
31. **Swanson DW.** Chronic pain as a third pathological emotion. *Am J Psychiatry* 1984; **14**: 210.
32. **Fernández E.** A classification system of cognitive coping strategies for pain. *Pain* 1986; **26**: 167.
33. **Lipowski ZJ.** Psychosocial reactions to physical illness. In: Lipowski ZJ ed. *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. New York: Plenum Medical Book Company 1985; 141-175.
34. **Dolce BJ.** Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectancies in chronic pain: a preliminary report. *Pain* 1986; **24**: 365.
35. **Mechanic D.** The concept of illness behavior. *J Chron Dis* 1962; **15**: 189.
36. **Gil KM.** Social support and behavior. *Pain* 1978; **29**: 209.
37. **Dam EMM.** Description of pain and the relationship with psychological factors in patients with low back pain. *Pain* 1978; **28**: 357.
38. **Keefe FI.** Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial dysfunction syndrome patients. *Pain* 1986; **24**: 49.
39. **Turk DC.** Pain and pain behavior: the utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain* 1987; **31**: 277.
40. **Turner JA.** Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. *Pain* 1986; **24**: 355-364.
41. **Lipowski ZJ.** Determinants of psychosocial reactions to physical illness. In: Lipowski ZJ. ed. *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. New York: Plenum Medical Book Company 1985; 177-196.
42. **Turk DC.** Etiological theories and treatments for chronic back pain II. Psychological models and interventions. *Pain* 1984; **19**: 209.
43. **Turk DC.** Pain and families I. Etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain* 1987; **30**: 3.
44. **Eissler K.** The psychiatrist and the dying patient. International University Press 1969.
45. **Lipowski ZJ.** Physical illness and psychiatric disorder. Pathogenesis In: Lipowski ZJ, ed. *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. New York: Plenum Medical Book Company 1985; 211-225.
46. **Schleifer SJ.** Depression and immunity. *Arch Gen Psychiatry* 1985; **42**: 129.
47. **Charap AD.** The knowledge, attitudes, and experience of medical personnel treating patients in terminal illness. *Mount Sinai J Med* 1978; **45**: 561.
48. **Lipowski ZJ.** The holistic approach to medicine. In: Lipowski ZJ ed. *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. New York: Plenum Medical Book Company 1985; 105-117.
49. **Chaturvedi SK.** Family morbidity in patients with chronic pain (letter). *Am J Psychiatry* 1986; **143**: 1496.
50. **Chaturvedi SK.** Family morbidity in chronic pain patients. *Pain* 1987; **30**: 159.
51. **Gree D.** Signal detection theory and psychophysics. New York: John Wiley; 1966.
52. **Kietzman NL.** Perception, cognition, and information processing. In: Kaplan III, ed. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4th Ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1985.
53. **Lipowski ZJ.** What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosom Med* 1984; **46**: 153.
54. **Lipowski ZJ.** Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; **145**: 1358.
55. **Lipowski ZJ.** Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. III. Theoretical issues. *Psychosom Med* 1968; **30**: 394.
56. **Astrada C A.** Recurrent abdominal pain in children and associated DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1981; **138**: 687.
57. **Drosman DA.** Patients with psychogenic abdominal pain: six years observation in the medical setting. *Am J Psychiatry* 1982; **139**: 1549.
58. **American Psychiatric Association (APA).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition - Revised) DSM-III-R. Washington: American Psychiatric Association 1987.
59. **Reuler JB.** The chronic pain patient syndrome: misconceptions and management. *Ann Intern Med* 1980; **93**: 588.
60. **Magni G.** A sample examination of the relationship between pain, organic lesions and psychiatric illness. *Pain* 1987; **29**: 335.
61. **Wall PD.** On the relation of injury to pain. *Pain* 1979; **6**: 253.
62. **Catchlove RFH.** A protocol for the medico-psychological evaluation of patients with chronic pain. *Can Anaesth Soc J* 1983; **30**: 531.
63. **Macgrath PA.** An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. *Pain* 1987; **31**: 147.
64. **Benedickt RA.** Preliminary findings on chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1986; **143**: 908.
65. **Chaturvedi SK.** Prevalence of chronic pain in psychiatric patients. *Pain* 1987; **29**: 231.
66. **Chaturvedi SK.** Depressed and non-depressed chronic pain patients. *Pain* 1987; **29**: 355.
67. **Evans DL.** Pain insensitivity in psychotic patients (letter). *Am J Psychiatry* 1980; **137**: 507.
68. **Fiblayson RE.** Substance dependence and chronic pain: profile of 50 patients treated in an alcohol and drug dependence unit. *Pain* 1986; **26**: 175.
69. **Fishbain DA.** Male and female chronic pain patients categorized by DSM-in psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986; **26**: 175.
70. **France R.** Differentiation of depression from chronic pain with dexamethasone suppression test and DSM-III. *Am J Psychiatry*. 1984; **141**: 1577.
71. **France R.** Chronic pain and depression III. Family history study of depression and alcoholism in chronic low back pain patients. *Pain* 1986; **24**: 185.
72. **France R.** Chronic pain and depression IV. DST as a discriminator between chronic pain and depression. *Pain* 1986; **28**: 39.
73. **France R.** Chronic pain in psychotic patients (letter). *Am J Psychiatry* 1986; **143**: 1496.

74. **Grushka M.** Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; **28**: 155.
75. **Katon W.** Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry* 1985; **142**: 1156.
76. **Kramlinger KG, et al.** Are the patients with chronic pain depressed? *Mm J Psychiatry* 1983; **140**: 747.
77. **Krishnan L.** Chronic pain and depression. *Pain* 1985; **22**: 279.
78. **Merskey H.** Screenig for psychiatric morbidity. The pattern of psychological illness and premorbid characteristic in four chronic pain populations. *Pain* 1987; **30**: 141.
79. **Rappaport MH.** Chronic pain and post-traumatic stress disorder (letter). *Am J Psychiatry* 1987; **44**: 1 20.
80. **Raskin DE.** Diagnosis in patients with chronic pelvic pain (letter). *Am J Psychiatry* 1984; **141** (6): 824.
81. **Reich B.** Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Am J Psychiatry* 1983; **140**: 495.
82. **Schaffer CB.** Chronic pain and depression: a clinical and family history survey. *Am J Psychiatry* 1980; **137**: 118.
83. **Williams DE.** MMPI and headache: a spécial focus on differential diagnosis, prediction of treatment outcome, and patient-treatment matching. *Pain* 1986; **24**: 143.
84. **Dunn-Geier BJ.** Adolescent chronic pain: the ability to cope. *Pain* 1986; **26**: 23.
85. **Stoddard FJ.** Coping with pain: a developmental approach to treatment of burned children. *Am J Psychiatry* 1982; **139**: 736.
86. **Andreasen NC.** The family history method usig diagnostic criteria. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1977; **34**: 1229.
87. **Edwards E.** Familial pain syndrome. *Pain* 1985; **21**: 379.
88. **FlorH.** Pain and families II. Assesment and treatment. *Pain* 1987; **30**: 29.
89. **Saranson IG, et al.** Assesing social support: the social support questionnaire. *J Personality and Social Psychol* 1983; **44**: 127.
90. **Violin E.** Family models for chronic pain. *Pain* 1984; **18**: 199.
91. **Dworkin RH.** Predicting treatment response indepressed and nondepressed chronic pain patients. *Pain* 1986; **24**: 343.
92. **Latimer PR.** External contingency management for chronic pain: a critical review of the evidence. *Am J Psychiatry* 1982; **139**: 1308.
93. **Linton SJ.** Behavioral remediation of chronic pain: a status report. *Pain* 1986; **24**: 125.