

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 23 No. 3, 1994 [ver índice]

EVALUACION Y TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DEL DOLOR CRONICO

Dr. Mario Seguel Lizama
Profesor Auxiliar de Psiquiatría
Depto. de Psiquiatría
Pontificia Universidad Católica de Chile

El dolor, al igual que otros fenómenos clínicos, plantea la dificultad de establecer una diferencia tajante entre los factores funcionales y orgánicos. Esta dificultad tiene relación con los mecanismos neurofisiológicos de transmisión del dolor, donde el estímulo nociceptivo periférico es transmitido al cerebro y percibido por la persona. Este componente perceptivo es el que introduce enormes diferencias en la experiencia de dolor, especialmente por la asociación con lesión o daño corporal. Por ejemplo, pacientes con dolor agudo raramente o casi nunca requieren evaluación psiquiátrica, excepto quizás aquellos con dolor agudo recurrente, como ocurre en artritis reumatoidea, osteoartrosis, migraña o neuralgia del trigémino. En cambio, en pacientes con dolor crónico, éste se encuentra casi siempre asociado a trastornos psiquiátricos, que explican comprensiblemente la prolongación del cuadro clínico. Los síntomas se exacerban ante situaciones estresantes o eventos de vida. En ocasiones, el paciente pierde toda capacidad para enfrentar el dolor, transformándose éste en el fenómeno central de su existencia.

Dolor Crónico

La necesidad de evaluar los aspectos psiquiátricos en un paciente se plantea cuando se presentan las siguientes interrogantes sobre el dolor:

- a) "Es intratable por las características del estímulo nociceptivo?"
- b) "Es secundario a una lesión del SNC?"
- c) "Es el sufrimiento asociado el fenómeno central, como ocurre en la depresión o en el dolor delirante?"
- d) "Es el motivo central de preocupación del paciente, el cual se encuentra asociado a otras incapacidades más limitantes que el dolor?"

El médico tratante puede efectuar una evaluación de algunos de estos aspectos, y completarla con un psiquiatra interconsultor. Es necesario preparar al paciente para dicha derivación, explicando que ésta es una norma en todo paciente que cursa con dolores prolongados y evitar así que la evaluación psiquiátrica se interprete como una instancia de verificación sobre la existencia del dolor.

Evaluación clínica

- a) Una detallada evaluación del dolor, cuándo y cómo se inició, bajo qué circunstancias se alivia.

- b) Comprensión de las características del dolor (tipo y descripción utilizada).
- c) Evolución del dolor, respuesta a tratamientos anteriores, duración de las remisiones y qué eventos de vida coinciden con exacerbaciones.
- d) Historia psiquiátrica y psicosocial.
- e) Examen físico, incluyendo el área de dolor y examen neurológico completo. Efectuar el examen es útil para salvar la dicotomía entre orgánico o funcional y disminuir las defensas del paciente para la evaluación psiquiátrica.
- f) Revisión cuidadosa de la historia clínica y documentos que avalan exámenes y procedimientos.

Ayudas para la evaluación del paciente con dolor crónico

a) Evaluación del dolor. Debe recordarse que la evaluación más importante de un paciente con dolor crónico es la entrevista médica. Como lo afirma Cassem, es un mito la existencia de instrumentos que pudieran evaluar la existencia de dolor; sin embargo, mediante algunos instrumentos clínicos es posible objetivar algunos de sus aspectos.

1. Dibujando el dolor. El paciente debe marcar en una silueta del cuerpo (anterior y posterior) la distribución anatómica de su dolor. En el mismo puede marcar con puntos o líneas, otros fenómenos asociados al dolor. El dibujo permite inferir el nivel de percepción de la anatomía del paciente, su nivel de información y algunas características psicológicas de su funcionamiento.
2. Escala analógica visual.
3. Escala categorial.

b) Diagnóstico del trastorno psiquiátrico. La existencia de un trastorno psiquiátrico debe formularse en forma positiva. Para ello existen dos clasificaciones clínicas en uso, el DSM III-R y el CIE-10.

c) Evaluación de personalidad. Pueden utilizarse los criterios clínicos ya señalados (DSM III-R, CIE-10) o algunas pruebas psicológicas como el Test de Rorschach o MMPI, que pueden confirmar la existencia de un trastorno de personalidad y motivar al paciente a aceptar un tratamiento psicoterapéutico.

Comorbilidad psiquiátrica asociada

Se han descrito seis condiciones psiquiátricas asociadas a pacientes que sufren de dolor crónico (Tabla 1).

Tabla 1. Condiciones psiquiátricas a dolor crónico	
1. Depresión	
	- Depresión mayor - Trastorno de adaptación depresivo

2. Ansiedad	
	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pánico - Trastorno de ansiedad generalizada - Trastorno de adaptación ansioso - Trastorno orgánico cerebral leve.
3. Trastornos somatomorfos	
	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno somatomorfo - Trastornos conversivo - Hipocondriasis - Trastorno somatomorfo doloroso
4. Trastorno facticio con síntomas físicos	
5. Simulación	
6. Psicosis	

Depresión: utilizando los criterios del DSM III-R, se ha encontrado que el 60% de los pacientes evaluados en una unidad de tratamiento para dolor crónico presenta alguna forma de depresión. La depresión mayor se diagnostica en el 25% de los pacientes. La dificultad está en la identificación de los síntomas depresivos, pues estos aparecen negados u ocultos. El interrogatorio debe orientarse cuidadosamente a precisar síntomas vegetativos: insomnio, cambios en el apetito y peso corporal, capacidad para disfrutar de las actividades habituales, disminución del deseo sexual y en general de la calidad de vida. Es importante evaluar también el grado de compromiso de las funciones cognitivas, como concentración, memoria y capacidad de decisión.

Ansiedad: los trastornos ansiosos se encuentran en el 30% de los pacientes con dolor crónico. Las dificultades de identificación son similares a las descritas para la depresión; el paciente teme ser sorprendido o descalificado en la autenticidad del dolor. Los trastornos ansiosos que cursan sin un tratamiento adecuado se complican a menudo con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas especialmente alcohol y benzodiazepinas.

Trastornos somatomorfos: comprende un grupo de cuadros clínicos en el cual el dolor corporal y la angustia por la enfermedad física son el fenómeno clínico central. Las quejas somáticas ocurren en ausencia de hallazgos orgánicos o mecanismos fisiopatológicos que expliquen los síntomas. Alcanzan una prevalencia de 5 a 15%.

Trastorno facticio con síntomas físicos: el fenómeno esencial es la producción intencional de síntomas físicos, con el propósito de mantener el papel de enfermo. Estos pacientes demandan un alto número de consultas médicas y exámenes de laboratorio, desarrollan

adicciones a analgésicos o benzodiazepinas.

Simulación: ocurre con el propósito de obtener un fin: dinero, tratamientos, algún privilegio o evitar el trabajo. A diferencia del cuadro anterior, este trastorno se mantiene por la existencia de un incentivo externo, el cual es clave para el diagnóstico.

Psicosis: diversas formas de psicosis pueden manifestarse con dolor, entre ellas la esquizofrenia, las psicosis secundarias a trastorno orgánico cerebral y las diferentes formas de demencia. El dolor adquiere el carácter de delirio, con una presentación bizarra en su distribución corporal y en sus cualidades descriptivas. Normalmente el dolor es parte de una cohorte de síntomas psicóticos y rara vez es el síntoma único.

Manejo del paciente con dolor crónico

Una vez establecido el diagnóstico de dolor crónico, el paciente debiera ser tratado por un equipo multidisciplinario con programas de tratamiento para dolor crónico. Tratar pacientes sin un adecuado programa puede demandar altísimos costos para el paciente, las instituciones de salud y una pérdida importante para el país.

Los principios generales del tratamiento se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Principios generales del tratamiento
1. En presencia de síntomas emocionales, el paciente no debe ser calificado de funcional.
2. Planificar un tratamiento farmacológico que cubra el amplio espectro de los síntomas del paciente (angustia, depresión, insomnio).
3. Utilizar técnicas complementarias como hipnosis, técnicas de relajación, educación sobre el dolor, fisioterapia y técnicas de control del dolor.
4. El tratamiento debe mantenerse aun cuando el paciente presente mejoría inicial; el paciente tiene temor a ser abandonado.
5. El médico debe mantenerse realista, pero valorar el alivio sintomático del sufrimiento del paciente.

Psicofarmacos: pueden ser útiles para el tratamiento del dolor continuo, del dolor crónico y de los trastornos psiquiátricos asociados. Pueden seleccionarse según dos criterios:

a) Potenciación de efecto analgésico: se utilizan con éxito los antidepresivos en el dolor continuo y crónico. Se desconoce el mecanismo que explica este efecto sobre el dolor, precisándose que es independiente de la acción antidepresiva, no existiendo superioridad de un antidepresivo en relación a otro. El efecto analgésico suele tener una latencia de hasta 6 semanas. Las dosis son las mismas que para el tratamiento antidepresivo y de ser exitoso debieran mantenerse por 3 a 6 meses.

b) Tratamiento de síntomas asociados: se resumen en el Tabla 3.

Tabla 3. Terapia analgésica asociada. Criterios de selección		
Síntoma índice	Contexto clínico	Fármaco dosis
Insomnio	Depresión	AMI 50-300 mg/d Trazodona 50-400 mg-d
	Sin depresión	Trazodona 50-200 mg/d
Sedación	enlentecimiento	d-anfetamina 5-15 mg/d
Ansiedad	agitación, náusea	haloperidol 1 a 30 mg/d
	delirio	CPZ 10-100 mg/d
	insomnio	AMI 25-60 mg/d
		Mianserina 10-60 mg/d
Náusea		Haloperidol 1-30 mg/d
Anorexia		Mianserina 10-60 mg/d
Tensión muscular		DZP 5-40 mg/d
		CZP 1-6 mg/d
Modificado de referencia 1 AMI: Amitriptilina. CPZ: Cloropromazina. DZP: Diazepam. CZP: Clonazepam.		

Psicoterapia: efectuada por un profesional competente puede ser de gran utilidad, en especial en fases iniciales y en asociación con las medidas terapéuticas señaladas.

Terapia electroconvulsiva: se ha utilizado exitosamente en el tratamiento de pacientes con dolor crónico y depresión mayor refractaria al tratamiento antidepresivo; el alivio es selectivo sobre los síntomas depresivos y no del dolor.

Conclusiones

El paciente con dolor crónico plantea una de las dificultades diagnósticas y terapéuticas más importantes en Medicina e implica un desafío de integración para aunar esfuerzos en aliviar el sufrimiento del paciente, poniendo a prueba sistemáticamente la capacidad de comprensión y de ayuda de parte del equipo médico. Ofrece además un escenario en el cual la Psiquiatría de Enlace

(Psiquiatría en el contexto del hospital general) puede entregar ayuda al paciente y al equipo médico.

Referencias escogidas

1. Bouckoms A, Hackett T. The pain patient: evaluation and treatment. En Cassem N. Handbook of General Hospital Psychiatry. 3a ed. Boston: Mosby, 1991: 39-68.
2. Wise M, Rundell J. Consultation Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press. 1988: 167-184.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.
4. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: OMS, 1992.
5. Reich J, Tupin J, Abramowitz S. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. Am J Psychiatry 1983; 140: 1495-1498.
6. Waldinger R. Psychiatry for medical students. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990: 325-344.